

# Company Application Form | Έντυπο Αίτησης Εταιρείας

Please complete this form in English | Παρακαλώ συμπληρώστε αυτή την αίτηση στα Αγγλικά

## SECTION 1 Company Details | ΕΝΟΤΗΤΑ 1 Στοιχεία Εταιρείας:

Broker Number | Αριθμός Αντιπροσώπου: Broker's Name | Όνομα Αντιπροσώπου: E-mail | E-mail Αντιπροσώπου:

### 1.1 Company Name | Επωνυμία Εταιρείας

Full Legal Name | Πλήρες Όνομα:

Nature of Business | Αντικείμενο Επιχείρησης:

### 1.2 Company Registered Address | Εταιρική Διεύθυνση

Street Address | Ταχυδρομική Διεύθυνση:

Town/City | Πόλη:

State | Πολιτεία:

Post Code | Ταχ. Κώδικας:

Country | Χώρα:

### 1.3 Primary Contact | Κύρια Στοιχεία Επικοινωνίας

Primary Telephone | Κύριο τηλέφωνο:

Mobile Telephone | Κινητό τηλέφωνο:

Fax | Φαξ:

E-Mail | Ηλεκτρονικό Ταχυδρομείο:

Contact Name | Άτομο Επικοινωνίας:

Position | Θέση:

### 1.3 Secondary Contact | Δευτερεύοντα Στοιχεία Επικοινωνίας

Primary Telephone | Κύριο τηλέφωνο:

Mobile Telephone | Κινητό τηλέφωνο:

Fax | Φαξ:

E-Mail | Ηλεκτρονικό Ταχυδρομείο:

Contact Name | Άτομο Επικοινωνίας:

Position | Θέση:

## SECTION 2 Your Cover Details: Please tick one box only under each of 2.3, 2.6 and 2.7

The boxes that is ticked apply to each person for whom insurance is being sought.

ΕΝΟΤΗΤΑ 2 Τα Στοιχεία Κάλυψης Σας: Παρακαλούμε σημειώστε ένα τετραγωνίδιο μόνο κάτω από κάθε ένα από τα σημεία 2.3, 2.6 και 2.7. Το τετραγωνίδιο που σημειώνεται αφορά κάθε άτομο προς το οποίο αναφέρεται αυτό το Έντυπο Αίτησης.

### 2.1 Level of Cover | Επίπεδο κάλυψης

BASIC CORE CLASSIC CLASSIC+ PRIME PRIME+

### 2.2 Geographical Area | Περιοχή Κάλυψης

Area 1 | Περιοχή 1: Worldwide  
Παγκόσμια

Area 2 | Περιοχή 2: Worldwide excluding USA  
Παγκόσμια εκτός ΗΠΑ

### 2.3 Requested Effective Date | Αιτούμενη Ημερομηνία Αποδοχής

Date on which you wish your policy to star | Ημερομηνία κατά την οποία επιθυμείτε να ξεκινήσει η ασφάλειά σας.

Date we accept this Application Form and the underlying Application Forms (completed by each employee applying for cover on their behalf and, if applicable, on behalf of their Spouse/Partner and/or Dependant Children) | Ημερομηνία που αποδεχόμαστε αυτό το Έντυπο Αίτησης και τα υποκείμενα Έντυπα Αίτησης (συμπληρωμένα από τον κάθε υπάλληλο που υποβάλλει αίτηση για κάλυψη για λογαριασμό του και αν θα συμπεριληφθούν, για λογαριασμό της/του Συζύγου/ Συντρόφου ή/και των Εξαρτώμενων Τέκνων αυτών).

The Effective Date cannot be later than 30 days from the date of you signing this Application Form.

Η Ημερομηνία Έναρξης Ισχύος δεν μπορεί να είναι μεταγενέστερη των 30 ημερών από την ημερομηνία που υπογράφετε την Αίτηση αυτή.

Please note Cover cannot commence unless and until this Application Form and the underlying Application Forms (completed by each employee applying for cover on their behalf and, if applicable, on behalf of their Spouse/ Partner and/or Dependant Children) have been accepted in writing by the insurer.

Σημειώστε ότι η κάλυψη δεν μπορεί να αρχίσει μέχρις ότου γίνει αποδεκτή γραπτώς αυτή η αίτηση και τα υποκείμενα Έντυπα Αίτησης (συμπληρωμένα από τον κάθε υπάλληλο που υποβάλλει αίτηση για κάλυψη για λογαριασμό του και αν θα συμπεριληφθούν, για λογαριασμό της/του Συζύγου/ Συντρόφου ή/και των Εξαρτώμενων Τέκνων αυτών) από τον ασφαλιστή.

## 2.4 Annual Excess | Ετήσια Απαλλαγή

NIL/ΜΗΔΕΝ €150 €350 €650 €1700 €3500 €6500 €10000 €15000

The annual excess selected is for each person to whom this Application Form relates.

Η ετήσια απαλλαγή που επιλέχθηκε αφορά κάθε πρόσωπο με το οποίο σχετίζεται η Αίτηση αυτή.

## 2.5 Your Premium Payment Currency will be Euros | Το Νόμισμα Πληρωμής του Ασφαλιστρου σας θα είναι το Ευρώ

Premiums are payable in Euros only, this being the currency of the DCare International Medical Insurance policy. Please select one of the methods below to indicate how you wish to pay your premium.

Τα ασφαλιστρα είναι πληρωτέα μόνο σε Ευρώ, το οποίο αποτελεί το νόμισμα του Διεθνούς Ιατρικού Ασφαλιστικού Συμβολαίου DCare. Παρακαλούμε επιλέξτε μία από τις πιο κάτω μεθόδους για να υποδείξετε τον τρόπο με τον οποίο επιθυμείτε να πληρώσετε το ασφαλιστρο σας.

Annually | Χρονια

Half-yearly | Εξαμηνιαία

Quarterly | Τριμηνιαία

Monthly | Μηνιαία

Payment Method | Τρόπος Πληρωμής

If you choose to pay your premium by Credit-Debit Card, there is a handling surcharge levied of 2% of your premium payable.

If you have chosen to pay by Credit-Debit card, or by Bank Transfer, please do not send your bank details as you will be provided with a payment link once your policy has incepted.

Εάν επιλέξετε να πληρώσετε το ασφαλιστρο σας με Πιστωτική-Χρεωστική κάρτα, υπάρχει χρέωση διαχείρισης που επιβάλλεται 1.5% του πληρωτέου ασφαλιστρου σας. Εάν έχετε επιλέξει να πληρώσετε μέσω Πιστωτικής-Χρεωστικής κάρτας ή μέσω Τραπεζικής Μεταφοράς, μην στείλετε στοιχεία της τράπεζάς σας, καθώς θα σας δοθεί διαδικτυακό link πληρωμής μόλις γίνει αποδεκτή η αίτηση σας.

SEPA DDM (Direct Debit) | Τραπεζική εντολή

Credit-Debit Card | Πιστωτική-Χρεωστική Κάρτα

Bank Transfer | Τραπεζική μεταφορά

## 2.6 Select Persons to be Covered | Επιλέξτε τα Άτομα που πρόκειται να καλυφθούν

Employees Only

Employees and their Spouses/Partners and/or Dependant Children

Μόνο υπαλλήλοι:

Υπαλλήλοι και Σύζυγοι/Σύντροφοι ή/και Εξαρτώμενα Τέκνα αυτών:

## 2.6 Select Persons to be Covered | Επιλέξτε τα Άτομα που πρόκειται να καλυφθούν

Medical Cover on a Full Application | Ιατρική Κάλυψη σε περίπτωση Πλήρους Αίτησης

A full listing of employees and, if applicable, Spouses/Partners and/or Dependant Children to be covered is required.

An application form needs to be completed by each such employee in respect of themselves and, if applicable, their Spouse/Partner and/or Dependant Children.

Απαιτείται πλήρης λίστα των υπαλλήλων και αν θα συμπεριληφθούν, των Συζύγων/Συντρόφων ή/και των Εξαρτώμενων Τέκνων αυτών.

Ένα έντυπο αίτησης πρέπει να συμπληρώνεται από κάθε υπάλληλο για τον εαυτό του και αν θα συμπεριληφθούν, για τη/το Σύζυγο/Σύντροφο ή/και τα Εξαρτώμενα Τέκνα αυτών.

Medical Cover on a Partial Application | Ιατρική Κάλυψη σε περίπτωση Μερικής Αίτησης

A full listing of employees and, if applicable, Spouses/Partners and/or Dependant Children to be covered is required. An application form needs to be completed by each such employee in respect of themselves and, if applicable, their Spouse/ Partner and/or Dependant Children.

Απαιτείται πλήρης λίστα των υπαλλήλων και αν θα συμπεριληφθούν, των Συζύγων/Συντρόφων ή/και των Εξαρτώμενων Τέκνων αυτών.

Ένα έντυπο αίτησης πρέπει να συμπληρώνεται από κάθε υπάλληλο για τον εαυτό του και αν θα συμπεριληφθούν, για τη/το Σύζυγο/Σύντροφο ή/και τα Εξαρτώμενα Τέκνα αυτών.

Medical Cover on a Continued Personal Medical Exclusions (CPME) Application

Συνεχιζόμενες Ιατρικές καταστάσεις - Αίτηση Ιατρικής Αναδρομικής Κάλυψης

A full listing of employees and, if applicable, Spouses/Partners and/or Dependant Children to be covered is required.

An application form needs to be completed by each such employee in respect of themselves and, if applicable, their Spouse/Partner and/or Dependant Children. We will also require:

Απαιτείται πλήρης λίστα των υπαλλήλων και αν θα συμπεριληφθούν, των Συζύγων/Συντρόφων ή/και των Εξαρτώμενων Τέκνων αυτών.

Ένα έντυπο αίτησης πρέπει να συμπληρώνεται από κάθε υπάλληλο για τον εαυτό του και αν θα συμπεριληφθούν, για τη/το Σύζυγο/Σύντροφο ή/και τα Εξαρτώμενα Τέκνα αυτών.

1. A copy of Your Certificate of Insurance and Schedule of Benefits from Your previous Insurer if Your Country of Residence is Cyprus, Αντίγραφο του Πιστοποιητικού Ασφάλισης και του Πίνακα Παροχών της προηγούμενης Ασφαλιστικής σας, εάν η Χώρα Διαμονής Σας είναι η Κύπρος.
2. A copy of Your full Policy if Your Country of Residence is Greece. Πλήρες αντίγραφο του Συμβολαίου Σας, εάν η Χώρα Διαμονής Σας είναι η Ελλάδα.

## AGREEMENT

### By signing below, I (we) understand and agree that:

- (i) I (we) apply for a DCare International Medical Insurance Policy underwritten by HDI Global Speciality S.E. ("the insurer").
- (ii) If provided, Cover will be subject to, and in accordance with, the Certificate of Insurance and the Policy Wording and I (we) will read them promptly upon receipt and be bound by them.
- (iii) I (we) have read all statements, questions and responses contained in this Application Form or they have been read to me (us) and I (we) understand them.
- (iv) If I (we) selected the Medical Cover on a Full Application option and this is accepted, the insurer will decide whether cover can be provided for each Pre Existing Condition (as defined in the Policy Wording) that has been disclosed. If the insurer decides that cover can be provided, you will be advised of the terms that apply. Please note that a Pre Existing Condition which has not been disclosed will never be covered.
- (v) If I (we) selected the Medical Cover on a Partial Application option and this is accepted, there will be no cover for any and all Pre Existing Conditions (as defined in the Policy Wording) for a minimum of 24 months continuous cover from the Effective Date. Depending on the circumstances, the insurer may be able to provide cover for a Pre Existing Condition after the 24 months have elapsed. Please note that a Pre Existing Condition where regular or periodic medical treatment, medication or check-ups are needed may never be covered under the Policy.
- (vi) If I (we) selected the Medical Cover on a Continued Personal Medical Exclusions (CPME) option and this is accepted for a given person, the same exclusions imposed by that person's expiring insurance cover will apply to the person's new insurance cover and the insurer will decide whether to impose any additional terms and conditions and/or exclusions in relation to that person. If the person's expiring insurance cover has any waiting periods for benefits, these will be carried over to that person's new insurance cover to the extent they have not been completed.
- (vii) The agent/broker assigned to or assisting with this Application Form is an agent/ representative of me (us) and is not an agent/ representative of the insurer.
- (viii) Cover cannot commence unless and until this Application Form and the underlying Application Forms (completed by each employee applying for cover on their behalf and, if applicable, on behalf of their Spouse/Partner and/or Dependant Children) have been accepted in writing by the insurer.
- (ix) The insurer is entitled to refuse to accept any Application Form - whether this Application Form or an underlying Application Form - without giving any reason or to apply additional terms and conditions (to those contained in the Policy Wording) as a result of the information provided in this Application Form and/or an underlying Application Form.
- (x) The insurer is unable to consider this Application Form or an underlying Application Form unless each entity or person (as applicable) to whom it relates relevant place/s of business or residency (as applicable) is the EEA (European Economic Area) at the time of its completion and there is no expectation or plan for this to change.

## ΣΥΜΦΩΝΙΑ

### Υπογράφοντας πιο κάτω, κατανοώ-ούμε και συμφωνώ-ούμε ότι:

- (i) Υποβάλλω-ουμε αίτηση για το Διεθνές Ιατροφαρμακευτικό Συμβόλαιο Ασφάλισης DCare, η οποία καλύπτεται από Συγκεκριμένων Αντασφαλιστών της HDI Global Speciality S.E. ("ο ασφαλιστής")
- (ii) Εάν παρέχεται η Κάλυψη, αυτή θα υπόκειται και θα παρέχεται σύμφωνα με το Πιστοποιητικό Ασφάλισης και το Λεκτικό του Συμβολαίου και θα τα διαβάσω -ουμε αμέσως μόλις τα λάβω-ουμε και θα δεσμευόμαι -όμαστε από αυτά.
- (iii) Έχω-ουμε διαβάσει όλες τις δηλώσεις, τα ερωτήματα και τις απαντήσεις που εμπεριέχονται σε αυτό το Έντυπο Αίτησης ή έχουν διαβαστεί σε εμένα (εμάς) και τα κατανοώ-ούμε.
- (iv) Εάν επέλεξα-(αμε) την Ιατρική Κάλυψη βάσει Πλήρους Αίτησης και αυτή γίνει αποδεκτή, ο ασφαλιστής θα αποφασίσει κατά πόσον η κάλυψη μπορεί να παρέχεται για κάθε Προϋπάρχουσα Πάθηση (όπως ορίζεται στο Λεκτικό του Συμβολαίου) που έχετε αποκαλύψει. Εάν ο ασφαλιστής αποφασίσει ότι μπορεί να παρασχεθεί κάλυψη, θα ενημερωθείτε για τους όρους που εφαρμόζονται. Παρακαλούμε σημειώστε ότι μια Προϋπάρχουσα Πάθηση που δεν έχει αποκαλυφθεί, δεν θα καλύπτεται ποτέ.
- (v) Εάν επέλεξα-(αμε) την Ιατρική Κάλυψη βάσει Μερικής Αίτησης και αυτή γίνει αποδεκτή, δεν θα καλύπτονται οποιεσδήποτε Προϋπάρχουσες Παθήσεις (όπως καθορίζονται στο Λεκτικό του Συμβολαίου) για συνεχή κάλυψη τουλάχιστον 24 μηνών από την Ημερομηνία Έναρξης Ισχύος. Ανάλογα με τις περιστάσεις, ο ασφαλιστής μπορεί να είναι σε θέση να παρέχει κάλυψη για μια Προϋπάρχουσα Πάθηση, μετά από την πάροδο των 24 μηνών. Παρακαλούμε σημειώστε ότι μια Προϋπάρχουσα Πάθηση για την οποία χρειάζεστε τακτική ή περιοδική ιατρική περίθαλψη, φάρμακα ή εξετάσεις, δεν μπορεί ουδέποτε να καλυφθεί από το Συμβόλαιο.
- (vi) Εάν επέλεξα (- άμε) Συνεχιζόμενες Ιατρικές καταστάσεις και αυτό έχει γίνει αποδεκτό για ένα συγκεκριμένο πρόσωπο, θα εφαρμοστούν οι ίδιες εξαιρέσεις που είχαν επιβληθεί στην προηγούμενη ασφαλιστική κάλυψη που πρόκειται να λήξει και ο ασφαλιστής θα αποφασίσει εάν θα πρέπει να επιβληθούν επιπρόσθετοι όροι και/ή εξαιρέσεις που σχετίζονται με το άτομο αυτό. Εάν στην προηγούμενη ασφαλιστική κάλυψη του ατόμου που πρόκειται να λήξει υπάρχουν οποιεσδήποτε περίοδοι αναμονής για ωφελήματα, αυτές θα μεταφερθούν στη νέα ασφαλιστική κάλυψη του ατόμου, εφόσον αυτές δεν έχουν ολοκληρωθεί.
- (vii) Ο αντιπρόσωπος/εκπρόσωπος στον οποίο έχει ανατεθεί ή παρέχει βοήθεια σε σχέση με την Αίτηση αυτή, είναι αντιπρόσωπος/εκπρόσωπος μου(μας) και δεν είναι αντιπρόσωπος/εκπρόσωπος του ασφαλιστή.
- (viii) Η κάλυψη δεν μπορεί να ξεκινήσει εκτός εάν και μέχρις ότου το παρόν Έντυπο Αίτησης και τα υποκείμενα Έντυπα Αίτησης (συμπληρωμένα από τον κάθε εργαζόμενο που υποβάλλει αίτηση για κάλυψη, για λογαριασμό του και αν θα συμπεριληφθούν, για λογαριασμό της/του Συζύγου/ Συντρόφου ή/και των Εξαρτώμενων Τέκνων αυτών) γίνει αποδεκτό από τον ασφαλιστή.
- (ix) Ο ασφαλιστής έχει το δικαίωμα να αρνηθεί να αποδεχτεί το παρόν Έντυπο Αίτησης ή ένα υποκείμενο Έντυπο Αίτησης, χωρίς να δώσει οποιοδήποτε λόγο ή μπορεί να εφαρμόσει επιπρόσθετους όρους και προϋποθέσεις (από αυτούς που περιέχονται στο Λεκτικό του Συμβολαίου) ως αποτέλεσμα των πληροφοριών που παρέχονται στο παρόν Έντυπο Αίτησης και/ή σε ένα υποκείμενο Έντυπο Αίτησης.
- (x) Ο ασφαλιστής δεν μπορεί να εξετάσει αυτό το Έντυπο Αίτησης ή ένα υποκείμενο Έντυπο Αίτησης, εκτός εάν κάθε πρόσωπο στο οποίο αναφέρεται, έχει την κατοικία του στην ΕΟΧ (Ευρωπαϊκός Οικονομικός Χώρος) κατά τη στιγμή της ολοκλήρωσής του και δεν υπάρχει προσδοκία ή σχέδιο αυτό να αλλάξει.

(xi) Premiums will be applied from the Effective Date forward for a maximum of 12 months and there cannot be any cover for a claim that begins prior to the Effective Date.

(xii) My (our) preferred method of communication is by e-mail using the e-mail address I (we) have provided above. However, I (we) acknowledge that it may be necessary or desirable for communication to take place by another method - for example, by post. There may be circumstances where the insurer's data protection obligations as set out below or a matter being urgent mean that e-mail isn't a suitable method of communication.

## Your personal information notice

### Who the insurer is

A.K.Demetriou Insurance Agents, Sub-agents & Consultants Ltd (AKD Insurance) is the intermediary responsible for arranging this insurance on behalf of HDI Global Speciality S.E.

### The basics

AKD Insurance collects and uses relevant information about you, your employees and, if applicable, their spouses/partners and/or dependant children to provide the insurance cover and to meet its legal obligations.

This information includes details such as names, address and contact details and any other information that the insurer collects in connection with the insurance cover. The information includes more sensitive details: information about your employees' health and, if applicable, information about their spouses'/partners' and/or dependant children's health.

In certain circumstances, AKD Insurance may need consent to process information about a person's health. Where it needs consent, this will be asked for as part of a separate application form or as part of a claim form (as applicable) relating to the person in question. The consent does not have to be given and, if given, may be withdrawn at any time. However, if the consent is not given, or is withdrawn, this may affect the insurer's ability to provide the insurance cover for the person in question and may prevent the insurer from providing cover to, or handling claims in respect of, the person in question.

The way insurance works means that information may be shared with, and used by, a number of third parties in the insurance sector for example, insurers, agents or brokers, reinsurers, loss adjusters, sub-contractors, regulators, law enforcement agencies, fraud and crime prevention and detection agencies and compulsory insurance databases. AKD Insurance will only disclose personal information in connection with the insurance cover that it provides and to the extent required or permitted by law.

### Other people's details you provide to the insurer

Where you provide the insurer or your agent or broker with details about other people, you must provide this notice to them.

### Want more details?

For more information about how the insurer uses personal information please see its full privacy notice which is available online on its website <https://akdinsurance.eu/privacy-policy/> or in other formats on request.

### Contacting us and your rights

You have rights in relation to the information AKD Insurance and other market insurance participants holds about you, including the right to access your information. If you wish to exercise your rights, discuss how A.K. Demetriou Insurances uses your information or request a copy of its full privacy notice, please write to:

### A.K. Demetriou Insurance Agents, Sub-agents & Consultants Ltd

5 Rafael Santi 1<sup>st</sup> floor, 6052, Larnaca- Cyprus

E-mail: [info@akdinsurance.eu](mailto:info@akdinsurance.eu)

Please provide your broker's company name when writing to the insurer.

(xi) Τα ασφάλιστρα θα εφαρμόζονται από την Ημερομηνία Έναρξης Ισχύος για μέγιστο διάστημα 12 μηνών και δεν μπορεί να υπάρξει οποιαδήποτε κάλυψη για μια απαίτηση που αρχίζει πριν από την Ημερομηνία Έναρξης Ισχύος.

(xii) Η μέθοδος επικοινωνίας που προτιμώ-ούμε είναι μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου, χρησιμοποιώντας τη διεύθυνση ηλεκτρονικού ταχυδρομείου που έδωσα/δώσαμε προηγουμένως. Εντούτοις, αναγνωρίζω-ουμε ότι μπορεί να είναι απαραίτητο ή επιθυμητό, η επικοινωνία να πραγματοποιείται με μια άλλη μέθοδο - για παράδειγμα, μέσω ταχυδρομείου. Είναι δυνατόν, λόγω περιστάσεων σχετικά με τις υποχρεώσεις προστασίας δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα του ασφαλιστή, όπως καθορίζονται πιο κάτω, ή λόγω ενός επείγοντος θέματος, το ηλεκτρονικό ταχυδρομείο να μην αποτελεί κατάλληλη μέθοδο επικοινωνίας.

## Ειδοποίηση σχετικά με την Προστασία Προσωπικών Δεδομένων

### Ποιοι είμαστε

H A.K. Demetriou Insurance Agents, Sub-agents & Consultants Ltd (AKD Insurance) είναι οι υπεύθυνοι διαμεσολαβητές για τη διεύθυνση της ασφάλισης εκ μέρους της HDI Global Speciality S.E.

### Βασικές πληροφορίες

AKD Insurance συλλέγει και χρησιμοποιεί σχετικές πληροφορίες αναφορικά με εσάς ώστε να σας παρέχει ασφαλιστική κάλυψη ή ώστε να σας παρέχει ασφαλιστική κάλυψη, η οποία είναι προς όφελος σας καθώς και για να ανταποκριθεί στις νομικές του υποχρεώσεις.

Οι πληροφορίες αυτές περιλαμβάνουν στοιχεία όπως το όνομα σας, τη διεύθυνση σας και τα στοιχεία επικοινωνίας σας και οποιεσδήποτε άλλες πληροφορίες που ο ασφαλιστής συλλέγει για εσάς αναφορικά με την ασφαλιστική κάλυψη από την οποία επωφελείστε. Οι πληροφορίες περιλαμβάνουν πιο ευαίσθητες λεπτομέρειες: πληροφορίες σχετικά με την υγεία σας.

Σε ορισμένες περιπτώσεις, Η AKD Insurance ίσως χρειαστεί να λάβει τη συγκατάθεσή σας για να επεξεργαστεί πληροφορίες σχετικά με την υγεία σας. Σε περίπτωση που θα χρειαστεί τη συγκατάθεσή σας, θα σας το ζητήσει ξεχωριστά. Δεν έχετε υποχρέωση να δώσετε τη συγκατάθεσή σας και μπορείτε να ανακαλέσετε τη συγκατάθεσή σας ανά πάσα στιγμή. Εντούτοις, εάν δεν δώσετε τη συγκατάθεσή σας ή αν ανακαλέσετε τη συγκατάθεσή σας, αυτό μπορεί να επηρεάσει την ικανότητα του ασφαλιστή να παρέχει την ασφαλιστική κάλυψη από την οποία επωφελείστε και ο ασφαλιστής μπορεί να δυσκολευτεί στο να σας παρέχει κάλυψη ή να χειριστεί τις απαιτήσεις σας.

Ο τρόπος με τον οποίο λειτουργεί η ασφάλιση, συνεπάγεται ότι οι πληροφορίες σας μπορούν να κοινοποιηθούν και να χρησιμοποιηθούν από έναν αριθμό τρίτων οι οποίοι δραστηριοποιούνται στον ασφαλιστικό τομέα, όπως για παράδειγμα, ασφαλιστές, αντιπροσώπους ή διαμεσολαβητές, ανασφαλιστές, ρυθμιστές ζημιών, υπεργολάβους, ρυθμιστικές αρχές, υπηρεσίες επιβολής του νόμου, υπηρεσίες πρόληψης και ανίχνευσης της απάτης και ποινικών αδικημάτων και βάσεις δεδομένων υποχρεωτικής ασφάλισης. Η AKD Insurance θα αποκαλύψει τις προσωπικές σας πληροφορίες μόνο σε σχέση με την ασφαλιστική κάλυψη που παρέχει και στον βαθμό που απαιτείται ή επιτρέπεται από το νόμο.

### Στοιχεία άλλων ατόμων που παρέχετε στον ασφαλιστή

Όταν παρέχετε στοιχεία αναφορικά με άλλα άτομα στον ασφαλιστή ή στον αντιπρόσωπο ή στο διαμεσολαβητή σας, οφείλετε να δώσετε την ειδοποίηση αυτή στα άτομα αυτά.

### Επιθυμείτε να λάβετε περισσότερες λεπτομέρειες;

Για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τον τρόπο με τον οποίο ο ασφαλιστής χρησιμοποιεί τις προσωπικές σας πληροφορίες, παρακαλούμε όπως αναφερθείτε στην ολοκληρωμένη ειδοποίηση περί προστασίας δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα, η οποία είναι διαθέσιμη στο διαδίκτυο στην ιστοσελίδα αυτή <https://akdinsurance.eu/privacy-policy/> ή σε άλλες μορφές κατόπιν αιτήματος.

### Επικοινωνήστε μαζί μας και τα δικαιώματά σας

Έχετε δικαιώματα σε σχέση με τις πληροφορίες που κατέχει η AKD Insurance και άλλοι συμμετέχοντες στην ασφαλιστική αγορά αναφορικά με εσάς, συμπεριλαμβανομένου του δικαιώματος πρόσβασης στις πληροφορίες σας. Εάν επιθυμείτε να ασκήσετε τα δικαιώματά σας, μπορείτε να συζητήσετε τον τρόπο με τον οποίο ο ασφαλιστής χρησιμοποιεί τις πληροφορίες σας ή μπορείτε να ζητήσετε ένα αντίγραφο της πλήρους ειδοποίησης περί προστασίας δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα, με το να αποσταθείτε γραπτώς στο:

### A.K. Demetriou Insurance Agents, Sub-agents & Consultants Ltd

5 Ραφαήλ Σάντη, 1ος όροφος, 6052, Λάρνακα-Κύπρος

E-mail: [info@akdinsurance.eu](mailto:info@akdinsurance.eu)

Παρακαλούμε αναφέρετε το όνομα της εταιρείας του εκπροσώπου σας, όταν απευθύνετε γραπτώς στον ασφαλιστή.

## Your Duty of Fair Presentation

**1. Before this insurance contract is entered into, the Insured must make a fair presentation of the risk to the Insurer.**

### The Insured must:

- a)** Disclose to the Insurer every material circumstance which the Insured knows or ought to know. Failing that, the Insured must give the Insurer sufficient information to put a prudent insurer on notice that it needs to make further enquiries in order to reveal material circumstances. A matter is material if it would influence the judgement of a prudent insurer as to whether to accept the risk, or the terms of the insurance (including premium);
- b)** Make the disclosure in clause (1)(a) above in a reasonably clear and accessible way; and
- c)** Ensure that every material representation of fact is substantially correct, and that every material representation of expectation or belief is made in good faith.

**2. For the purposes of clause (1)(a) above, the Insured is expected to know the following:**

- a)** If the Insured is an individual, what is known to the individual and anybody who is responsible for arranging his or her insurance.
- b)** If the Insured is not an individual, what is known to anybody who is part of the Insured's senior management; or anybody who is responsible for arranging the Insured's insurance.
- c)** Whether the Insured is an individual or not, what should reasonably have been revealed by a reasonable search of information available to the Insured. The information may be held within the Insured's organisation, or by any third party (including but not limited to subsidiaries, affiliates, the broker, or any other person who will be covered under the insurance). If the Insured is insuring subsidiaries, affiliates or other parties, the Insurer expects that the Insured will have included them in its enquiries, and that the Insured will inform the Insurer if it has not done so. The reasonable search may be conducted by making enquiries or by any other means.

## Breach of Duty of Fair Presentation

If, prior to entering into this policy, you breach the duty of fair presentation, the remedies available to the insurer are:

- a)** If your breach of the duty of fair presentation is deliberate or reckless:
  - i.** The insurer may avoid the policy and refuse to pay all claims; and
  - ii.** The insurer need not return any of the premiums paid.
- b)** If your breach of the duty of fair presentation is not deliberate or reckless, the remedy shall depend upon what the insurer would have done if you had complied with the duty of fair presentation:
  - i.** if the insurer would not have entered into the policy at all, it may avoid the policy and refuse all claims, but shall return the premiums paid.
  - ii.** if the insurer would have entered into this policy, but on different terms (other than terms relating to the premium), the policy will be treated as if it had been entered into on those different terms from the outset, if the insurer so requires.
  - iii.** in addition, if the insurer would have entered into the policy, but would have charged a higher premium, it may reduce proportionately the amount to be paid on a claim (and, if applicable, the amount already paid on prior claims).

## Proposer's declaration

I/we declare that I/we have made a fair presentation of the risk, by disclosing all material matters which I/we know or ought to know or, failing that, by giving the Insurer sufficient information to put a prudent insurer on notice that it needs to make further enquiries in order to reveal material circumstances.

**Signature for and on behalf of the Company named in Section 1.1 above. Must be signed and dated by a duly authorised representative of this Company.**

Υπογραφή για και για λογαριασμό της εταιρείας όπως αναφέρεται παραπάνω στην ενότητα 1.1. (Πρέπει να είναι χρονολογημένη και υπογεγραμμένη από έναν εξουσιοδοτημένο εκπρόσωπο της Εταιρείας).

## Το καθήκον σας προς την Αρχή Απόλυτης Πίστης

**1. Πριν από την σύναψη του ασφαλιστήριου συμβολαίου ο ασφαλισμένος είναι υποχρεωμένος να τηρήσει το καθήκον της αρχής απόλυτης πίστης στον ασφαλιστή για την εκτίμηση του κινδύνου.**

### Ο ασφαλισμένος πρέπει:

- a)** Να αποκαλύψει στον Ασφαλιστή κάθε ουσιώδη περίπτωση την οποία ο ασφαλιζόμενος γνωρίζει ή οφείλει να γνωρίζει. Στην αντίθετη περίπτωση, ο ασφαλισμένος πρέπει να παρέχει στον ασφαλιστή επαρκείς πληροφορίες ώστε να μπορέσει να ειδοποιήσει την αρμόδια εταιρεία ότι κρίνεται απαραίτητο να διερευνηθούν περαιτέρω οι συγκεκριμένες περιστάσεις. Η κρίση της εταιρείας μπορεί να επηρεαστεί ως προς το αν θα αποδεχτεί τον κίνδυνο ή τους όρους της ασφάλισης, αναλόγως των γεγονότων(συμπεριλαμβανομένου και του ασφαλιστήρου);
- β)** Προβείτε στην πιο πάνω αποκάλυψη (1)(α) με σαφή και καθαρό τρόπο: και
- γ)** Βεβαιωθείτε ότι η αποκάλυψη είναι ουσιαστικά σωστή και δεν αντικρούεται με το καθήκον της αρχής της καλής πίστης.

**2. Για τους σκοπούς της παραπάνω αποκάλυψης (1)(α) οφείλει να γνωρίζει τα ακόλουθα:**

- a)** Αν ο ασφαλισμένος είναι φυσικό πρόσωπο, θα πρέπει να γνωστοποιείται ποιο άτομο θα είναι υπεύθυνο για τη διεύθυνση της ασφάλισης του/της.
- β)** Αν ο ασφαλιζόμενος δεν είναι φυσικό πρόσωπο, θα πρέπει να γνωστοποιεί ποιο ανώτερο μέλος από αυτόν ή γενικά ποιο άτομο είναι υπεύθυνο για την ασφάλεια του/της.
- γ)** Ανεξαρτήτως εάν ο ασφαλισμένος είναι φυσικό πρόσωπο ή μη, θα πρέπει να προβεί στην ουσιαστική αποκάλυψη όλων των εύλογων πληροφοριών. Οι πληροφορίες μπορούν να παρέχονται στα πλαίσια του οργανισμού του ασφαλισμένου ή σε οποιοδήποτε άλλο μέρος αυτού (συμπεριλαμβανομένων, ενδεικτικά, των θυγατρικών, των θυγατρικών του μεσάζοντος ή οποιουδήποτε άλλου προσώπου που καλύπτεται από την ασφάλιση). Εάν ο ασφαλισμένος ασφαλιζεται από θυγατρικές ή από οποιοδήποτε άλλο οργανισμό, ο ασφαλιστής αναμένει ότι ο ασφαλισμένος θα τα συμπεριλάβει στις πληροφορίες του ή και ότι ο ασφαλισμένος θα ενημερώσει τον ασφαλιστή εάν δεν το έχει πράξει μέχρι τη σύναψη του συμβολαίου. Η συγκεκριμένη παροχή πληροφοριών μπορεί να υλοποιηθεί με τη διεξαγωγή ερευνών ή με οποιοδήποτε άλλο τρόπο.

## Παραβίαση του καθήκοντος Αρχής Απόλυτης Πίστης

Πριν την σύναψη της ασφάλισης, εάν δεν τηρηθεί το καθήκον Αρχής Απόλυτης Πίστης ο ασφαλιστής μπορεί να προβεί ενδεικτικά στα παρακάτω:

- a)** Εάν η παραβίαση του καθήκοντος της Αρχής Απόλυτης Πίστης είναι σκόπιμη ή απερισκεπτη:
  - i.** Ο ασφαλιστής μπορεί να αρνηθεί να πληρώσει οποιαδήποτε απαίτηση; Και
  - ii.** Ο ασφαλιστής δεν χρειάζεται να επιστρέψει τα καταβληθέντα ασφάλιστρα.
- β)** Εάν η παραβίαση του καθήκοντος της Αρχής Απόλυτης Πίστης δεν είναι σκόπιμη ή απερισκεπτη, το τι θα μπορούσε να κάνει ο ασφαλιστής, βασιζόμενος στο γεγονός ότι είχε τηρήσει το συγκεκριμένο καθήκον, είναι:
  - i.** Εάν ο ασφαλιστής δεν είχε προβεί στη σύναψη του συμβολαίου, έχει το δικαίωμα να μην προχωρήσει στη υλοποίηση αυτού και να αρνηθεί όλες τις απαιτήσεις, αλλά θα μπορούσε να επιστρέψει τα καταβληθέντα ασφάλιστρα.
  - ii.** Εάν ο ασφαλιστής είχε προβεί στην σύναψη αλλά με διαφορετικούς όρους (εξαιρούνται οι όροι που αφορούν τα ασφάλιστρα), το συμβόλαιο θα αντιμετωπίζεται σαν να είχε συναφθεί με τους ίδιους όρους από την αρχή, εφόσον το είχε ζητήσει ο ασφαλιστής.
  - iii.** Επιπλέον, εάν ο ασφαλιστής είχε προβεί σε σύναψη ασφαλιστήριου συμβολαίου αλλά θα έπρεπε να επιβάλει επασφάλιστρο, μπορεί να μειώσει αναλογικά το ποσό που πρέπει να καταβληθεί για μία απαίτηση (και ενδεχομένως, το ποσό που είδη είχε καταβληθεί για προηγούμενες απαιτήσεις).

## Δήλωση του προτείνοντος

Δηλώνω(-ούμε) ότι είχα(-με) κάνει μια ακριβή παρουσίαση του κινδύνου, αποκαλύπτοντας όλα τα ουσιώδη θέματα που γνωρίζω(-ουμε) ή θα έπρεπε να γνωρίζω(-ουμε) ή, ελλείψει αυτού, δίνοντας στην Ασφαλιστική επαρκείς πληροφορίες για να θέσει έναν συνετό ασφαλιστή σε ειδοποίηση ότι πρέπει να κάνει περαιτέρω έρευνες προκειμένου να αποκαλυφθούν σημαντικές περιστάσεις.