

Αίτηση πλήρους ανάληψης ασφαλιστικών κινδύνων υγείας



Συνάπτεται με τη SiriusPoint International Insurance Corporation

Πλήρης ανάληψη ασφαλιστικών κινδύνων υγείας (FMU) - Εδώ σας ζητάμε πληροφορίες για το πλήρες ιατρικό ιστορικό σας. Με βάση τις πληροφορίες που λαμβάνουμε, θα επιβεβαιώσουμε τους όρους τους οποίους μπορούμε να σας προσφέρουμε και τυχόν εξαιρέσεις που ενδέχεται να ισχύουν. Όπου έχουν προσφερθεί ειδικοί όροι, θα αναγράφονται λεπτομερώς στο πιστοποιητικό/στη δήλωση ασφάλισής σας.

Full Medical Underwriting (FMU) - This is where we ask for details of your full medical history. Based on the information received we will confirm what terms we are able to offer you and any exclusions that may apply. Where special terms have been offered these will be detailed on your certificate/declaration of insurance.

Οδηγίες συμπλήρωσης εντύπου

Filling out this form

- Χρησιμοποιήστε αυτό το έντυπο για να υποβάλετε αίτηση για ένα από τα τέσσερα προγράμματα ιατρικής ασφάλισης Global Prima.
- Use this form to apply for one of our four Global Prima Medical Insurance plans.
- Απαντήστε προσεκτικά σε όλες τις ακόλουθες ερωτήσεις, οι οποίες είναι σημαντικές για την παροχή αυτής της ασφάλισης και τον ορισμό των όρων και των ασφαλιστήρων. Επικοινωνήστε μαζί μας εάν δεν κατανοείτε την ερώτηση ή τη φύση των απαιτούμενων πληροφοριών ή ζητήσετε οδηγίες από τον ασφαλιστή σας. Η αδυναμία παροχής πληροφοριών ή η παροχή ημιτελών ή ανακριβών πληροφοριών ενδέχεται να προκαλέσει απώλεια της κάλυψης ή άλλων παροχών. Θυμηθείτε να υπογράψετε τη Δήλωση στη σελίδα 7.
- You must take care in answering all the following questions which are relevant to us in providing this insurance and setting the terms and premium. Please contact us if you do not understand the question or the nature of the information required or please seek guidance from your broker. Failure to provide information or the provision of incomplete or inaccurate information may result in the loss of cover or other remedies. Remember to sign the Declaration on page 7.
- Συμπληρώστε ευκρινώς τα στοιχεία με κεφαλαία γράμματα.
- Please write clearly using capital letters.
- Αν έχετε απορίες, καλέστε μας στο +44 (0) 1903 817970 (Ηνωμένο Βασίλειο).
- If you have any questions, call us on +44 (0) 1903 817970 (UK).
- Αν χρειάζεστε ένα αντίγραφο αυτού του εντύπου αίτησης, ενημερώστε μας εντός 3 μηνών.
- If you would like a copy of this application form, please let us know within 3 months.

Ποια είναι τα επόμενα βήματα;

What's next?

- Στείλτε μας το συμπληρωμένο έντυπο, χρησιμοποιώντας **μία** από τις εξής επιλογές:
- Send your completed form back to us using **one** of these options:
 - Email: GPMIIndividual@imglobal.com
- Ταχυδρομικά: IMG, 3rd Floor, Fitzalan House, Fitzalan Court, Cardiff, CF24 0EL United Kingdom
- Post: IMG 3rd Floor, Fitzalan House, Fitzalan Court, Cardiff, CF24 0EL United Kingdom
- Θα λάβετε μια επιστολή με τους όρους μας και το αίτημα πληρωμής εντός 5 εργάσιμων ημερών.
- We will write to you with your terms and requesting payment within 5 working days.
- Αφού λάβουμε την πληρωμή σας, θα σας στείλουμε τα έντυπα του ασφαλιστηρίου σας.
- Then, once we've received your payment, we'll send your policy documentation.

1 Επιλογή επιπέδου κάλυψης

Choosing your level of cover

Επιλέξτε τα παρακάτω **προγράμματα** για την κάλυψη όλων όσους αφορά αυτή η αίτηση και επιλέξτε τα αντίστοιχα πλαίσια για να υποδείξετε το επίπεδο κάλυψής σας. Για περισσότερες πληροφορίες για τα προγράμματά μας, επισκεφτείτε τη διεύθυνση www.imglobal.com/intl ή απλώς σαρώστε αυτόν τον κωδικό με το smartphone σας →

Please select **the plans** below to cover everyone on this application, then tick the boxes to choose your level of cover.

For more information on our plans, visit www.imglobal.com/intl or simply scan this code with your smartphone →



■ ΧΑΛΚΙΝΟ PLUS	■ ΑΣΗΜΕΝΙΟ	■ ΧΡΥΣΟ	■ ΠΛΑΤΙΝΕΝΙΟ
☒ Θεραπεία με νοσηλεία, θεραπεία με ημερήσια νοσηλεία και θεραπεία σε εξωτερικά ιατρεία In-patient, day-patient, and out-patient treatment	☒ Θεραπεία με νοσηλεία, θεραπεία με ημερήσια νοσηλεία και θεραπεία σε εξωτερικά ιατρεία In-patient, day-patient, and out-patient treatment	☒ Θεραπεία με νοσηλεία, θεραπεία με ημερήσια νοσηλεία και θεραπεία σε εξωτερικά ιατρεία In-patient, day-patient, and out-patient treatment	☒ Θεραπεία με νοσηλεία, θεραπεία με ημερήσια νοσηλεία και θεραπεία σε εξωτερικά ιατρεία In-patient, day-patient, and out-patient treatment
☒ Εκκένωση ή επαναπατρισμός Evacuation or Repatriation	☒ Εκκένωση ή επαναπατρισμός Evacuation or Repatriation	☒ Εκκένωση ή επαναπατρισμός Evacuation or Repatriation	☒ Εκκένωση ή επαναπατρισμός Evacuation or Repatriation
Όριο εγκυμοσύνης και τοκετού ρουτίνας: Routine Pregnancy & Childbirth limit: ☐ 5.000 £/5.000 €/5.000 \$ ☐ 10.000 £/10.000 €/10.000 \$ ☐ 20.000 £/20.000 €/20.000 \$ ☐ NA	Όριο εγκυμοσύνης και τοκετού ρουτίνας: Routine Pregnancy & Childbirth limit: ☐ 5.000 £/5.000 €/5.000 \$ ☐ 10.000 £/10.000 €/10.000 \$ ☐ 20.000 £/20.000 €/20.000 \$ ☐ NA	Όριο εγκυμοσύνης και τοκετού ρουτίνας: Routine Pregnancy & Childbirth limit: ☐ 5.000 £/5.000 €/5.000 \$ ☐ 10.000 £/10.000 €/10.000 \$ ☐ 20.000 £/20.000 €/20.000 \$ ☐ NA	Όριο εγκυμοσύνης και τοκετού ρουτίνας: Routine Pregnancy & Childbirth limit: ☐ 5.000 £/5.000 €/5.000 \$ ☐ 10.000 £/10.000 €/10.000 \$ ☐ 20.000 £/20.000 €/20.000 \$ ☐ NA
Όριο οδοντιατρικής θεραπείας Dental Treatment Limit ☐ 1.000 £/1.000 €/1.000 \$ ☐ 2.000 £/2.000 €/2.000 \$ ☐ NA	Όριο οδοντιατρικής θεραπείας Dental Treatment Limit ☐ 1.000 £/1.000 €/1.000 \$ ☐ 2.000 £/2.000 €/2.000 \$ ☐ NA	Όριο οδοντιατρικής θεραπείας Dental Treatment Limit ☐ 1.000 £/1.000 €/1.000 \$ ☐ 2.000 £/2.000 €/2.000 \$ ☐ NA	Όριο οδοντιατρικής θεραπείας Dental Treatment Limit ☐ 1.000 £/1.000 €/1.000 \$ ☐ 2.000 £/2.000 €/2.000 \$ ☐ NA
Περιοχή κάλυψης: Area of cover:			
☐ Περιοχή 1 – Ευρώπη Area 1 – Europe ☐ Περιοχή 2 – Παγκόσμια, εκτός ΗΠΑ και εδαφών των ΗΠΑ Area 2 – Worldwide excluding USA and any USA territories. ☐ Περιοχή 3 – Παγκόσμια Area 3 – Worldwide	☐ Περιοχή 1 – Ευρώπη Area 1 – Europe ☐ Περιοχή 2 – Παγκόσμια, εκτός ΗΠΑ και εδαφών των ΗΠΑ Area 2 – Worldwide excluding USA and any USA territories. ☐ Περιοχή 3 – Παγκόσμια Area 3 – Worldwide	☐ Περιοχή 1 – Ευρώπη Area 1 – Europe ☐ Περιοχή 2 – Παγκόσμια, εκτός ΗΠΑ και εδαφών των ΗΠΑ Area 2 – Worldwide excluding USA and any USA territories. ☐ Περιοχή 3 – Παγκόσμια Area 3 – Worldwide	☐ Περιοχή 1 – Ευρώπη Area 1 – Europe ☐ Περιοχή 2 – Παγκόσμια, εκτός ΗΠΑ και εδαφών των ΗΠΑ Area 2 – Worldwide excluding USA and any USA territories. ☐ Περιοχή 3 – Παγκόσμια Area 3 – Worldwide
Σε ποιο νόμισμα θέλετε να καταβάλλετε το ασφάλιστρο; Οι παροχές του ασφαλιστηρίου σας θα καταβάλλονται επίσης σε αυτό το νόμισμα. In which currency would you like to pay your premium? Your policy benefits will also be in this currency. ☐ Στερλίνες Αγγλίας £ GBP£ ☐ Ευρώ € EUR€ ☐ Δολάρια ΗΠΑ \$ USD\$			
Τι υπερβάλλον ασφάλιστρο θέλετε να καταβάλλετε; Το υπερβάλλον ασφάλιστρο ισχύει ανά άτομο ανά έτος ασφαλιστηρίου και δεν εφαρμόζεται στις παροχές: Εγκυμοσύνη και τοκετός ρουτίνας, Οδοντιατρική θεραπεία, Εκκένωση ή επαναπατρισμός ή Ευεξία, Οπτικά και Εμβολιασμοί. Για να μειώσετε το ποσό του ασφαλίστρου σας, επιλέξτε υψηλότερο υπερβάλλον ασφάλιστρο. How much excess would you like to pay? Excess is per person per policy year and does not apply to Routine Pregnancy & Childbirth and Dental Treatment options, Evacuation or Repatriation, Well-being, Optical and Vaccinations benefits. To reduce your premium amount, choose a higher policy excess. ☐ Μηδέν Nil ☐ 500 £/500 €/500 \$ ☐ 7.500 £/7.500 €/7.500 \$			
Πώς θα θέλατε να καταβάλλετε το ασφάλιστρό σας. Θα σας στείλουμε λεπτομέρειες μετά την αποδοχή της αίτησής σας. How would you like to pay your premium? We'll send details following acceptance of your application. ☐ Ετήσια Annually ☐ Τριμηνιαία Quarterly ☐ Μηνιαία Monthly			
☐ Πιστωτική/χρεωστική κάρτα Credit/Debit Card ☐ Πιστωτική/χρεωστική κάρτα Credit/Debit Card ☐ Πιστωτική/χρεωστική κάρτα Credit/Debit Card			
☐ Άμεση χρέωση SEPA SEPA Direct Debit ☐ Άμεση χρέωση SEPA SEPA Direct Debit ☐ Άμεση χρέωση SEPA SEPA Direct Debit			
☐ Τραπεζικό έμβασμα Bank Transfer ☐ Τραπεζικό έμβασμα Bank Transfer ☐ Τραπεζικό έμβασμα Bank Transfer			
# Πληρωμές άμεσης χρέωσης SEPA μόνο από τραπεζικούς λογαριασμούς στην ΕΕ/τον ΕΟΧ. # SEPA Direct Debit payments from EU/EEA bank accounts only.			

2

Τα στοιχεία σας

Your details

Στοιχεία κατόχου ασφαλιστηρίου

Policyholder details

Τίτλος

Title

☐ Κος.

Mr

☐ Mrs

☐ Άλλο:

Other:

Όνομα

First name(s)

Επώνυμο

Surname

Ημερομηνία γέννησης (HH-MM-EEEE)

Date of birth (DD-MM-YYYY)

Φύλο

Gender

Υψος (εκ./ft)

Height (cm/ft)

Βάρος (kg/lbs)

Weight (kg/lbs)

Κλάδος

Industry

Επάγγελμα (παρέχετε πλήρεις λεπτομέρειες)

Occupation (please give full details)

Εθνικότητα (η χώρα για την οποία είστε κάτοχος διαβατηρίου)

Nationality (the country for which you are a passport holder)

Διεύθυνση email

Email address

Χώρα κατοικίας (Le pays dans lequel vous prévoyez de vivre la plupart du temps pendant votre période de couverture)

Country of Residence (η χώρα στην οποία σκοπεύετε να διαμένετε το μεγαλύτερο μέρος της περιόδου ασφάλισής σας)

Ο κάτοχος ασφαλιστηρίου θα ασφαλιστεί στο πλαίσιο του παρόντος ασφαλιστηρίου; Is the Policyholder to be insured under this policy?

☐ Ναι

Yes

☐ Όχι

No

Διεύθυνση Κατοικίας

Residence Address

Ταχυδρομικός κωδικός:

Postcode:

Χώρα

Country

Διεύθυνση αλληλογραφίας (αν είναι διαφορετική)

Correspondence address (if different)

Ταχυδρομικός κωδικός:

Postcode:

Χώρα

Country

Αριθμοί τηλεφώνου

Phone numbers

Σπίτι:

Home:

Εργασία:

Work:

Κινητό:

Mobile:

Φαξ:

Fax:

Είστε πολίτης των ΗΠΑ ή έχετε άλλη νόμιμη άδεια να διαμένετε μόνιμα στις ΗΠΑ (π.χ. επειδή είστε κάτοχος πράσινης κάρτας); Are you a USA citizen or are you otherwise lawfully authorised to live permanently in the USA (e.g. because you hold a green card)?

☐ Ναι

Yes

☐ Όχι

No

Φορολογική Ταυτότητα:

TAX ID

Στοιχεία πρόσθετων μελών οικογένειας

Additional family member details

Παρέχετε τα στοιχεία τυχόν πρόσθετων μελών της οικογένειας που θα καλυφθούν από αυτό το ασφαλιστήριο. Περιλαμβάνονται ο/η σύζυγος/σύντροφός σας και τυχόν παιδιά κάτω των 25 ετών, τα οποία κατοικούν μόνιμα μαζί σας ή παρακολουθούν σπουδές πλήρους διάρκειας. Εάν πρόκειται να καλυφθούν περισσότερα από τέσσερα πρόσθετα μέλη οικογένειας, φωτοτυπήστε αυτήν τη σελίδα προτού αρχίσετε να συμπληρώνετε αυτήν την ενότητα και αριθμήστε κάθε φύλλο χρησιμοποιώντας τα πλαίσια στα δεξιά, για να μπορούμε να εντοπίσουμε τη σωστή σειρά.

Please give details of any additional family members to be covered by this policy. This includes your spouse/partner and any children under the age of 25 years of age who are permanently living with you or in full time education. If more than four additional family members are to be covered, please photocopy this page before you start filling in this section, and number each sheet using the boxes on the right to help us keep track.

Αριθμός αντιτύπου

Copy number

από

of

1^ο μέλος οικογένειας

1st family member

Τίτλος:

Title:

Όνομα:

First name(s):

Επώνυμο:

Surname:

Ημερομηνία γέννησης (HH-MM-EEEE)

Date of birth (DD-MM-YYYY)

Γένος

Gender

Υψος (εκ./ft)

Height (cm/ft)

Βάρος (kg/lbs)

Weight (kg/lbs)

Σχέση με τον κάτοχο ασφαλιστηρίου:

Relationship to policyholder:

Κλάδος:

Industry:

Επάγγελμα:

Occupation:

Εθνικότητα:

Nationality:

Χώρα κατοικίας:

Country of residence:

2^ο μέλος οικογένειας

2nd family member

Τίτλος:

Title:

Όνομα:

First name(s):

Επώνυμο:

Surname:

Ημερομηνία γέννησης (HH-MM-EEEE)

Date of birth (DD-MM-YYYY)

Γένος

Gender

Υψος (εκ./ft)

Height (cm/ft)

Βάρος (kg/lbs)

Weight (kg/lbs)

Σχέση με τον κάτοχο ασφαλιστηρίου:

Relationship to policyholder:

Κλάδος:

Industry:

Επάγγελμα:

Occupation:

Εθνικότητα:

Nationality:

Χώρα κατοικίας:

Country of residence:

3^ο μέλος οικογένειας

3rd family member

Τίτλος:

Title:

Όνομα:

First name(s):

Επώνυμο:

Surname:

Ημερομηνία γέννησης (HH-MM-EEEE)

Date of birth (DD-MM-YYYY)

Γένος

Gender

Υψος (εκ./ft)

Height (cm/ft)

Βάρος (kg/lbs)

Weight (kg/lbs)

Σχέση με τον κάτοχο ασφαλιστηρίου:

Relationship to policyholder:

Κλάδος:

Industry:

Επάγγελμα:

Occupation:

Εθνικότητα:

Nationality:

Χώρα κατοικίας:

Country of residence:

4^ο μέλος οικογένειας

4th family member

Τίτλος:

Title:

Όνομα:

First name(s):

Επώνυμο:

Surname:

Ημερομηνία γέννησης (HH-MM-EEEE)

Date of birth (DD-MM-YYYY)

Γένος

Gender

Υψος (εκ./ft)

Height (cm/ft)

Βάρος (kg/lbs)

Weight (kg/lbs)

Σχέση με τον κάτοχο ασφαλιστηρίου:

Relationship to policyholder:

Κλάδος:

Industry:

Επάγγελμα:

Occupation:

Εθνικότητα:

Nationality:

Χώρα κατοικίας:

Country of residence:

Στοιχεία ιατρού

Medical Practitioner's Details

Παρέχετε τα στοιχεία του τρέχοντος ιατρού σας ή αυτού που είναι περισσότερο εξοικειωμένος με το ιατρικό ιστορικό σας.
Please provide details of your current medical practitioner or the one who is most familiar with your medical history.

Όνομα:
Name:

Όνομα κατόχου ασφαλιστηρίου ή μέλους οικογένειας:
Policyholder or Family Member's Name:

Διεύθυνση email:
Email address:

Τηλ.:
Tel:

Φαξ:
Fax:

Ημερομηνία τελευταίας συμμετοχής (MM-EEEE)
Date of last attendance (MM-YYYY)

Διεύθυνση:
Address:

Ταχυδρομικός κωδικός:
Postcode:

Χώρα:
Country:

Λόγος παρακολούθησης:
Reason for attendance:

Όνομα:
Name:

Όνομα κατόχου ασφαλιστηρίου ή μέλους οικογένειας:
Policyholder or Family Member's Name:

Διεύθυνση email:
Email address:

Τηλ.:
Tel:

Φαξ:
Fax:

Ημερομηνία τελευταίας συμμετοχής (MM-EEEE)
Date of last attendance (MM-YYYY)

Διεύθυνση:
Address:

Ταχυδρομικός κωδικός:
Postcode:

Χώρα:
Country:

Λόγος παρακολούθησης:
Reason for attendance:

Όνομα:
Name:

Όνομα κατόχου ασφαλιστηρίου ή μέλους οικογένειας:
Policyholder or Family Member's Name:

Διεύθυνση email:
Email address:

Τηλ.:
Tel:

Φαξ:
Fax:

Ημερομηνία τελευταίας συμμετοχής (MM-EEEE)
Date of last attendance (MM-YYYY)

Διεύθυνση:
Address:

Ταχυδρομικός κωδικός:
Postcode:

Χώρα:
Country:

Λόγος παρακολούθησης:
Reason for attendance:

Όνομα:
Name:

Όνομα κατόχου ασφαλιστηρίου ή μέλους οικογένειας:
Policyholder or Family Member's Name:

Διεύθυνση email:
Email address:

Τηλ.:
Tel:

Φαξ:
Fax:

Ημερομηνία τελευταίας συμμετοχής (MM-EEEE)
Date of last attendance (MM-YYYY)

Διεύθυνση:
Address:

Ταχυδρομικός κωδικός:
Postcode:

Χώρα:
Country:

Λόγος παρακολούθησης:
Reason for attendance:

Δήλωση υγείας

Health Declaration

Απαντήστε για κάθε άτομο που υποβάλλει αίτηση για κάλυψη
Please answer for each person applying for cover

Αριθμός αντιτύπου από

Κάτοχος ασφαλιστηρίου Policyholder	1° μέλος οικογένειας 1 st family member	2° μέλος οικογένειας 2 nd family member	3° μέλος οικογένειας 3 rd family member	4° μέλος οικογένειας 4 th family member
1) Είστε εσείς ή οποιοσδήποτε άλλος αιτών νοσηλευόμενος ή έχει προγραμματιστεί νοσηλεία ή χειρουργική επέμβαση ή έχετε τεθεί σε λίστα αναμονής για τα παραπάνω; 1) Are you or any other applicant presently hospitalised, or scheduled on a waiting list for or in need of hospitalisation or surgery?				
☐ Ναι Yes	☐ Ναι Yes	☐ Ναι Yes	☐ Ναι Yes	☐ Ναι Yes
☐ Όχι No	☐ Όχι No	☐ Όχι No	☐ Όχι No	☐ Όχι No
2) Λαμβάνετε επί του παρόντος δραστική αγωγή για οποιαδήποτε μορφή καρκίνου ή είχατε σχετική διάγνωση τους προηγούμενους δώδεκα μήνες; 2) Are you currently receiving active treatment for any form of cancer or had a diagnosis in the last twelve months?				
☐ Ναι Yes	☐ Ναι Yes	☐ Ναι Yes	☐ Ναι Yes	☐ Ναι Yes
☐ Όχι No	☐ Όχι No	☐ Όχι No	☐ Όχι No	☐ Όχι No
3) Έχετε λάβει εσείς ή οποιοσδήποτε άλλος αιτών θετικά αποτελέσματα εξετάσεων, διάγνωση ή θεραπεία για οποιαδήποτε διαταραχή του ανοσοποιητικού συστήματος, συμπεριλαμβανομένων του συνδρόμου επίκτητης ανοσολογικής ανεπάρκειας (AIDS), του συνδρόμου λεμφαδενοπάθειας συμπλέγματος σχετιζόμενου με το AIDS (ARC), του ιού ανθρώπινης ανοσοανεπάρκειας (HIV); 3) Have you or any other applicant at any time ever tested positive for, been diagnosed with, or been treated for any Immune System Disorder, including Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS), AIDS Related Complex (ARC) Lymphadenopathy Syndrome, Human Immunodeficiency Virus (HIV)?				
☐ Ναι Yes	☐ Ναι Yes	☐ Ναι Yes	☐ Ναι Yes	☐ Ναι Yes
☐ Όχι No	☐ Όχι No	☐ Όχι No	☐ Όχι No	☐ Όχι No

Έχετε υπόψη ότι εάν κάποιο άτομο απαντήσει ΝΑΙ σε οποιαδήποτε από τις παραπάνω ερωτήσεις, δεν πληροί τις προϋποθέσεις για την παρούσα ασφάλιση.
Please note if a person has answered YES to any question above, he or she does not qualify for this insurance.

Κάτοχος ασφαλιστηρίου	1° μέλος οικογένειας	2° μέλος οικογένειας	3° μέλος οικογένειας	4° μέλος οικογένειας
Policyholder	1 st family member	2 nd family member	3 rd family member	4 th family member

1) Τα τελευταία 5 χρόνια έχετε λάβει διάγνωση, θεραπεία ή φαρμακευτική αγωγή ή έχετε παρουσιάσει συμπτώματα σχετικά με τα εξής:

α) Καρκίνος (ενεργός ή σε ύφεση) β) Καρδιά γ) Εγκεφαλικό δ) Διαβήτης, υπεργλυκαιμία ή υπογλυκαιμία, ε) Ασθμα ή αλλεργίες, στ) Άγχος / κατάθλιψη / ψυχιατρικές παθήσεις

1) In the last 5 years have you been diagnosed with, had treatment, medication or symptoms related to:

a) Cancer (whether active or if in remission) b) Heart c) Stroke d) Diabetes, hyperglycemia or hypoglycemia, e) Asthma or Allergies f) Anxiety / depression / psychiatric conditions

α) ☐ Ναι ☐ Όχι	α) ☐ Ναι ☐ Όχι	α) ☐ Ναι ☐ Όχι	α) ☐ Ναι ☐ Όχι	α) ☐ Ναι ☐ Όχι
β) ☐ Ναι ☐ Όχι	β) ☐ Ναι ☐ Όχι	β) ☐ Ναι ☐ Όχι	β) ☐ Ναι ☐ Όχι	β) ☐ Ναι ☐ Όχι
γ) ☐ Ναι ☐ Όχι	γ) ☐ Ναι ☐ Όχι	γ) ☐ Ναι ☐ Όχι	γ) ☐ Ναι ☐ Όχι	γ) ☐ Ναι ☐ Όχι
δ) ☐ Ναι ☐ Όχι	δ) ☐ Ναι ☐ Όχι	δ) ☐ Ναι ☐ Όχι	δ) ☐ Ναι ☐ Όχι	δ) ☐ Ναι ☐ Όχι
ε) ☐ Ναι ☐ Όχι	ε) ☐ Ναι ☐ Όχι	ε) ☐ Ναι ☐ Όχι	ε) ☐ Ναι ☐ Όχι	ε) ☐ Ναι ☐ Όχι
στ) ☐ Ναι ☐ Όχι	στ) ☐ Ναι ☐ Όχι	στ) ☐ Ναι ☐ Όχι	στ) ☐ Ναι ☐ Όχι	στ) ☐ Ναι ☐ Όχι
Yes No	Yes No	Yes No	Yes No	Yes No

2) Τα τελευταία 5 χρόνια έχετε λάβει θεραπεία σε νοσοκομείο ή έχετε νοσηλευτεί σε οίκο ευγηρίας, έχετε συμβουλευτεί ιατρό, επαγγελματία υγείας ή ειδικό ή πάσχετε από ασθένεια που υποτροπιάζει;

2) During the last 5 years, have you had any treatment in hospital or stayed in a nursing home, consulted a doctor, medical practitioner or specialist, or suffered from an illness which keeps returning?

☐ Ναι ☐ Όχι	☐ Ναι ☐ Όχι	☐ Ναι ☐ Όχι	☐ Ναι ☐ Όχι	☐ Ναι ☐ Όχι
Yes No	Yes No	Yes No	Yes No	Yes No

3) Έχετε προγραμματίσει ή αναμένετε αποτελέσματα για οποιαδήποτε θεραπεία, γνωμοδότηση, εξέταση, διαγνωστικές εξετάσεις ή τσεκ-απ;

3) Do you have any treatment, consultations, investigations, diagnostic tests or check-ups, planned, pending or awaiting results?

☐ Ναι ☐ Όχι	☐ Ναι ☐ Όχι	☐ Ναι ☐ Όχι	☐ Ναι ☐ Όχι	☐ Ναι ☐ Όχι
Yes No	Yes No	Yes No	Yes No	Yes No

4) Έχετε παρουσιάσει οποιαδήποτε ιατρική πάθηση ή πρόβλημα υγείας, ανεξαρτήτως εάν συμβουλευτήκατε ιατρό, τα τελευταία 5 χρόνια;

4) Have you had any medical condition, or health problem, whether or not a doctor has been consulted during the last 5 years?

Για παράδειγμα, γυναικολογικά προβλήματα ή προβλήματα με την έμμηνο ρύση, επιπλοκές εγκυμοσύνης, ενδείξεις ή συμπτώματα κιρσών, προβλήματα στη μέση, διαταραχές των αρθρώσεων, αντικαταστάσεις αρθρώσεων, προβλήματα στα πέλματα (π.χ. κάλοι), δυσπεψία ή εντερικά προβλήματα, κοιλιακό άλγος, δερματικά προβλήματα, αλλεργίες, άγχος, κατάθλιψη ή άλλα ψυχιατρικά προβλήματα, προβλήματα με την καρδιά, τα άκρα, τα αυτιά, τα μάτια, την ούρηση κλπ.

For example, gynaecological or menstrual problems, complications of pregnancy, signs or symptoms of varicose veins, back trouble, joint disorders, joint replacements, foot problems (eg bunions), indigestion or bowel problems, abdominal pain, skin problems, allergies, anxiety, depression or other psychiatric problems, trouble with heart, limbs, ears, eyes, urination etc.

☐ Ναι ☐ Όχι	☐ Ναι ☐ Όχι	☐ Ναι ☐ Όχι	☐ Ναι ☐ Όχι	☐ Ναι ☐ Όχι
Yes No	Yes No	Yes No	Yes No	Yes No

5) Λαμβάνετε επί του παρόντος φάρμακα (με ιατρική συνταγή ή όχι);

5) Are you currently on any medications (whether prescribed or not)?

☐ Ναι ☐ Όχι	☐ Ναι ☐ Όχι	☐ Ναι ☐ Όχι	☐ Ναι ☐ Όχι	☐ Ναι ☐ Όχι
Yes No	Yes No	Yes No	Yes No	Yes No

6) Είχατε ποτέ στη ζωή σας κάποια πάθηση που θα μπορούσε να επηρεάσει τη μελλοντική σας υγεία;

6) Have you at any time in your life had any condition which may have an affect on your future health?

Αναφέρετε οποιαδήποτε ιατρική διερεύνηση, γνωμοδότηση, συμβουλή, συμβουλευτική, επέμβαση, φαρμακευτική αγωγή ή θεραπεία που λάβατε ή σας συστήθηκε να λάβετε ή λαμβάνετε επί του παρόντος, αλλά δεν αναφέρατε προηγουμένως.

Please declare any medical investigation, consultation, advice, counselling, operation, medication or treatment that you have had or have been advised to have or are currently having, but have not previously mentioned.

☐ Ναι ☐ Όχι	☐ Ναι ☐ Όχι	☐ Ναι ☐ Όχι	☐ Ναι ☐ Όχι	☐ Ναι ☐ Όχι
Yes No	Yes No	Yes No	Yes No	Yes No

Με τον όρο «θεραπεία» αναφερόμαστε σε χειρουργική ή ιατρική παρέμβαση, συμπεριλαμβανομένων των φαρμάκων (οργανικών και συνθετικών) που συνταγογραφούνται από ιατρό/ειδικό και απαιτούνται για τη διάγνωση, την ανακούφιση ή την ίαση μιας νόσου ή ασθένειας ή ενός τραυματισμού. Ως «ειδικός» ορίζεται οποιοσδήποτε ιατρός, συμπεριλαμβανομένου του ψυχιάτρου, ο οποίος δεν είναι ο συνήθης ιατρός σας.

By treatment we mean surgical or medical intervention including drugs (both organic and synthetic) prescribed by a medical practitioner/specialist, that are needed to diagnose, relieve or cure a disease, illness or injury. A specialist is any doctor, including psychiatrist who is not your usual practitioner.

Δήλωση παθήσεων

Declaring illnesses

Εάν απαντήσατε **ναι** σε οποιαδήποτε από τις παραπάνω ερωτήσεις, παρέχετε πλήρη στοιχεία εδώ.

If you've answered **yes** to any of the questions above, you must give full details here.

Ποια ερώτηση αφορά αυτή τη δήλωση;

Which question does this declaration relate to?

Ονοματεπώνυμο

Full name

Ημερομηνία πρώτης εκδήλωσης συμπτωμάτων/ασθένειας (MM-EEEE)

Date symptoms/illness first started (MM-YYYY)

Διάρκεια ασθένειας (π.χ. δύο εβδομάδες) ή συνεχιζόμενη

Duration of illness (e.g two weeks) or is it still ongoing

Η τρέχουσα κατάσταση της υγείας σας σχετικά με αυτήν την ασθένεια

Your present state of health in respect of this illness

Σύντομη περιγραφή της ασθένειας ή όνομα της πάθησης/διάγνωσης (εάν είναι γνωστό)

Brief description of illness or name of condition/diagnosis (if known)

Λεπτομέρειες θεραπείας/φαρμάκων που λήφθηκαν, τρέχοντα φάρμακα/τύποι και δοσολογίες και λεπτομέρειες τυχόν μελλοντικών γνωμοδοτήσεων/θεραπειών που αναμένονται ή έχουν προγραμματιστεί

Details of treatment/medication received, current medication/types and dosages, and details of any future consultations/treatment anticipated or planned

Εάν έχετε διαγνωστεί με διαβήτη, υψηλή αρτηριακή πίεση ή υψηλή χοληστερόλη (ελεγχόμενα με φάρμακα ή μη), επιπροσθέτως των παραπάνω, παρέχετε τα αποτελέσματα των τελευταίων τριών εξετάσεών σας (συμπεριλαμβανομένων των ημερομηνιών), μαζί με επιβεβαίωση της συχνότητας ελέγχου σας από τον ιατρό σας.

If you have been diagnosed with Diabetes, High Blood Pressure or High Cholesterol (whether controlled by medication or not), in addition to the above please provide your last three tests results (including dates) together with confirmation of how often you have to follow up with your medical practitioner.

Ποια ερώτηση αφορά αυτή η δήλωση;
Which question does this declaration relate to?

Όνοματεπώνυμο
Full name

Ημερομηνία πρώτης εκδήλωσης συμπτωμάτων/ασθένειας (MM-EEEE)
Date symptoms/illness first started (MM-YYYY)

Διάρκεια ασθένειας (π.χ. δύο εβδομάδες) ή συνεχιζόμενη
Duration of illness (e.g two weeks) or is it still ongoing

Η τρέχουσα κατάσταση της υγείας σας σχετικά με αυτήν την ασθένεια
Your present state of health in respect of this illness

Σύντομη περιγραφή της ασθένειας ή όνομα της πάθησης/διάγνωσης (εάν είναι γνωστό)
Brief description of illness or name of condition/diagnosis (if known)

Λεπτομέρειες θεραπείας/φαρμάκων που λήφθηκαν, τρέχοντα φάρμακα/τύποι και δοσολογίες και λεπτομέρειες τυχόν μελλοντικών γνωμοδοτήσεων/θεραπειών που αναμένονται ή έχουν προγραμματιστεί
Details of treatment/medication received, current medication/types and dosages, and details of any future consultations/treatment anticipated or planned

Εάν έχετε διαγνωστεί με διαβήτη, υψηλή αρτηριακή πίεση ή υψηλή χοληστερόλη (ελεγχόμενα με φάρμακα ή μη), επιπροσθέτως των παραπάνω, παρέχετε τα αποτελέσματα των τελευταίων τριών εξετάσεών σας (συμπεριλαμβανομένων των ημερομηνιών), μαζί με επιβεβαίωση της συχνότητας ελέγχου σας από τον ιατρό σας.
If you have been diagnosed with Diabetes, High Blood Pressure or High Cholesterol (whether controlled by medication or not), in addition to the above please provide your last three tests results (including dates) together with confirmation of how often you have to follow up with your medical practitioner.

Ποια ερώτηση αφορά αυτή η δήλωση;
Which question does this declaration relate to?

Όνοματεπώνυμο
Full name

Ημερομηνία πρώτης εκδήλωσης συμπτωμάτων/ασθένειας (MM-EEEE)
Date symptoms/illness first started (MM-YYYY)

Διάρκεια ασθένειας (π.χ. δύο εβδομάδες) ή συνεχιζόμενη
Duration of illness (e.g two weeks) or is it still ongoing

Η τρέχουσα κατάσταση της υγείας σας σχετικά με αυτήν την ασθένεια
Your present state of health in respect of this illness

Σύντομη περιγραφή της ασθένειας ή όνομα της πάθησης/διάγνωσης (εάν είναι γνωστό)
Brief description of illness or name of condition/diagnosis (if known)

Λεπτομέρειες θεραπείας/φαρμάκων που λήφθηκαν, τρέχοντα φάρμακα/τύποι και δοσολογίες και λεπτομέρειες τυχόν μελλοντικών γνωμοδοτήσεων/θεραπειών που αναμένονται ή έχουν προγραμματιστεί
Details of treatment/medication received, current medication/types and dosages, and details of any future consultations/treatment anticipated or planned

Εάν έχετε διαγνωστεί με διαβήτη, υψηλή αρτηριακή πίεση ή υψηλή χοληστερόλη (ελεγχόμενα με φάρμακα ή μη), επιπροσθέτως των παραπάνω, παρέχετε τα αποτελέσματα των τελευταίων τριών εξετάσεών σας (συμπεριλαμβανομένων των ημερομηνιών), μαζί με επιβεβαίωση της συχνότητας ελέγχου σας από τον ιατρό σας.
If you have been diagnosed with Diabetes, High Blood Pressure or High Cholesterol (whether controlled by medication or not), in addition to the above please provide your last three tests results (including dates) together with confirmation of how often you have to follow up with your medical practitioner.

Ποια ερώτηση αφορά αυτή η δήλωση;
Which question does this declaration relate to?

Όνοματεπώνυμο
Full name

Ημερομηνία πρώτης εκδήλωσης συμπτωμάτων/ασθένειας (MM-EEEE)
Date symptoms/illness first started (MM-YYYY)

Διάρκεια ασθένειας (π.χ. δύο εβδομάδες) ή συνεχιζόμενη
Duration of illness (e.g two weeks) or is it still ongoing

Η τρέχουσα κατάσταση της υγείας σας σχετικά με αυτήν την ασθένεια
Your present state of health in respect of this illness

Σύντομη περιγραφή της ασθένειας ή όνομα της πάθησης/διάγνωσης (εάν είναι γνωστό)
Brief description of illness or name of condition/diagnosis (if known)

Λεπτομέρειες θεραπείας/φαρμάκων που λήφθηκαν, τρέχοντα φάρμακα/τύποι και δοσολογίες και λεπτομέρειες τυχόν μελλοντικών γνωμοδοτήσεων/θεραπειών που αναμένονται ή έχουν προγραμματιστεί
Details of treatment/medication received, current medication/types and dosages, and details of any future consultations/treatment anticipated or planned

Εάν έχετε διαγνωστεί με διαβήτη, υψηλή αρτηριακή πίεση ή υψηλή χοληστερόλη (ελεγχόμενα με φάρμακα ή μη), επιπροσθέτως των παραπάνω, παρέχετε τα αποτελέσματα των τελευταίων τριών εξετάσεών σας (συμπεριλαμβανομένων των ημερομηνιών), μαζί με επιβεβαίωση της συχνότητας ελέγχου σας από τον ιατρό σας.
If you have been diagnosed with Diabetes, High Blood Pressure or High Cholesterol (whether controlled by medication or not), in addition to the above please provide your last three tests results (including dates) together with confirmation of how often you have to follow up with your medical practitioner.

Εάν δεν υπάρχει επαρκής χώρος σε αυτό το έντυπο, παρέχετε τις λεπτομέρειες σε ξεχωριστό φύλλο και επισυνάψτε το σε αυτήν τη δήλωση.
If there is insufficient space on this form please provide details on a separate sheet and attach it to this declaration.

3 Γενικός Κανονισμός Προστασίας Δεδομένων (ΓΚΠΔ) General Data Protection Regulation (GDPR)

Το παρόν αποτελεί μόνο μια σύνοψη της πολιτικής απορρήτου της IMG και των δικαιωμάτων σας στο πλαίσιο του ΓΚΠΔ. Για πλήρη στοιχεία σχετικά με τον τρόπο συλλογής και χρήσης των προσωπικών πληροφοριών σας εκ μέρους μας και τα αντίστοιχα δικαιώματά σας, ανατρέξτε στην πλήρη Πολιτική Απορρήτου μας, η οποία είναι διαθέσιμη στη διεύθυνση <https://www.imglobal.com/intl/legal/privacy-policy>. This is only a summary of ALC's privacy policy and your rights under GDPR. For a complete explanation of how we gather and use your personal information and your corresponding rights, please review our complete Privacy Policy, which is available at <https://www.imglobal.com/intl/legal/privacy-policy>.

Η IMG συλλέγει πληροφορίες πολλών τύπων, προκειμένου να λειτουργεί αποτελεσματικά και να σας προσφέρει τα καλύτερα προϊόντα, τις καλύτερες υπηρεσίες και τις καλύτερες εμπειρίες που μπορεί. Ανεξαρτήτως της προέλευσής τους, θεωρούμε ότι είναι σημαντικό να χειριζόμαστε με προσοχή αυτές τις πληροφορίες και να σας βοηθούμε στη διαφύλαξη του απορρήτου σας. IMG collects many kinds of information in order to operate effectively and provide you the best products, services and experiences we can. Regardless of the source, we believe it is important to treat that information with care and to help you maintain your privacy. Επεξεργάζομαστε τα προσωπικά σας δεδομένα στο πλαίσιο των ενόμων συμφερόντων μας, ώστε να σας παρέχουμε τις υπηρεσίες που έχετε αγοράσει. Αυτό περιλαμβάνει την αξιολόγηση της αίτησής σας, τη διαχείριση του ασφαλιστηρίου σας και τον χειρισμό των αιτήσεων αποζημίωσης. Επιπλέον, βασίζομαστε στις νόμιμες βάσεις ουσιώστου δημόσιου συμφέροντος για την πρόληψη της απάτης και τη διασφάλιση της ακεραιότητας του ασφαλιστικού κλάδου, στις νομικές υποχρεώσεις συμμόρφωσης με τους κανονισμούς και τις απαιτήσεις αναφοράς, καθώς και στη συμβατική αναγκαιότητα, προκειμένου να σας παρέχουμε την κάλυψη και τις υπηρεσίες που περιγράφονται στο ασφαλιστικό σας. We process your personal data as part of our legitimate interests to provide you with the services you have purchased. This includes assessing your application, managing your policy and handling claims. Additionally, we rely on the lawful bases of substantial public interest to prevent fraud and ensure the integrity of the insurance industry, legal obligations to comply with regulations and reporting requirements, and contractual necessity in order to provide you with the coverage and services outlined in your policy.

Παρέχοντας τη συγκατάθεσή σας για σκοπούς μάρκετινγκ, ενδέχεται να συλλέγουμε πληροφορίες για εσάς από τρίτους, οι οποίες μας βοηθούν να εντοπίσουμε ασφαλιστικά προϊόντα και υπηρεσίες που μπορεί να σας ενδιαφέρουν και να κοινοποιούμε πληροφορίες σε τρίτους, όπως

εργαλεία ανάλυσης δικτύου, για να σας αποστέλλουμε σχετικές πληροφορίες και μελλοντικό υλικό μάρκετινγκ, καθώς και για όλους τους λοιπούς σκοπούς που προβλέπονται στην Πολιτική Απορρήτου μας. Μπορείτε να ανακαλέσετε τη συγκατάθεσή σας οποιαδήποτε στιγμή.

By providing marketing consent, we may gather information about you from third parties to help us identify insurance products and services in which you may have interest, and share information with third parties, such as web analytics tools, in order to send you relevant information and future marketing materials, and for all other purposes set forth in our Privacy Policy. You may withdraw your consent at any time.

Ενδέχεται να κοινοποιήσουμε τις πληροφορίες σας σε τρίτους που παρέχουν υπηρεσίες εκ μέρους μας για να παροχή υποστήριξης στις επιχειρηματικές δραστηριότητές μας. Αυτές οι εταιρείες εξουσιοδοτούνται να κάνουν χρήση των προσωπικών πληροφοριών σας μόνο στον βαθμό που είναι απαραίτητη για την παροχή αυτών των υπηρεσιών σε εμάς. Όταν κοινοποιούμε πληροφορίες σε αυτές τις τρίτες εταιρείες για την παροχή υπηρεσιών σε εμάς, δεν τους επιτρέπεται να κάνουν χρήση αυτών των πληροφοριών για οποιονδήποτε άλλο σκοπό και οφείλουν να τηρούν την εμπιστευτικότητα τους. Αυτές οι υπηρεσίες ενδέχεται να περιλαμβάνουν τις εξής:

We may share your information with third parties who provide services on our behalf to help with our business activities. These companies are authorized to use your personal information only as necessary to provide these services to us. When we share information with these other companies to provide services for us, they are not allowed to use it for any other purpose and must keep it confidential. These services may include:

- Εκδοση απόφασης και διαχείριση της διαδικασίας απαίτησεων
- Adjudicating and managing the claims process
- Επεξεργασία πληρωμών προς παρόχους υγειονομικής περίθαλψης
- Payment processing to healthcare providers
- Παροχή εξυπηρέτησης πελατών
- Providing customer service

Σε συγκεκριμένες περιπτώσεις, η IMG ενδέχεται να κληθεί να αποκαλύψει προσωπικά δεδομένα ως απόκριση σε νόμιμα αιτήματα δημοσίων αρχών, συμπεριλαμβανομένης της κάλυψης των απαιτήσεων εθνικής ασφάλειας ή εφαρμογής του νόμου.

In certain situations, IMG may be required to disclose personal data in response to lawful requests by public authorities, including to meet national security or law enforcement requirements.

4 Ειδοποίηση εύλογης επεξεργασίας Fair Processing Notice

Στην παρούσα Δήλωση Απορρήτου περιγράφεται ο τρόπος με τον οποίο η SiriusPoint International Insurance Corporation (για τους σκοπούς της παρούσας δήλωσης «εμείς», «εμάς» ή η «Ασφαλιστική Εταιρεία») συλλέγει και χρησιμοποιεί τις προσωπικές πληροφορίες των ασφαλισμένων, των αιτούντων και άλλων μερών (για τους σκοπούς της παρούσας δήλωσης «εσείς») κατά την παροχή των υπηρεσιών ασφάλισης και αντασφάλισής της.

This Privacy Notice describes how SiriusPoint International Insurance Corporation (for the purpose of this notice "we", "us" or the "Insurer") collect and use the personal information of insureds, claimants and other parties (for the purpose of this notice "you") when we are providing our insurance and reinsurance services.

Οι πληροφορίες που παρέχονται στην Ασφαλιστική Εταιρεία, σε συνδυασμό με ιατρικές και τυχόν άλλες πληροφορίες που λαμβάνονται από εσάς ή από άλλα μέρη σχετικά με εσάς, σε σχέση με την παρούσα πολιτική, θα χρησιμοποιούνται από την Ασφαλιστική Εταιρεία για τους σκοπούς προσδιορισμού της αίτησής σας, λειτουργίας της ασφάλισης (που περιλαμβάνει τη διαδικασία ανάληψης κινδύνων, διαχείρισης, διαχείρισης απαιτήσεων, ανάλυσης σε σχέση με την ασφάλιση, αποκατάστασης και χειρισμού θεμάτων πελατών) και πρόληψης και εντοπισμού απατών. Ενδέχεται να απαιτείται βάσει νόμου να συλλέγουμε προσωπικές πληροφορίες για εσάς ή ως συνέπεια οποιασδήποτε συμβατικής σχέσης διατηρούμε μαζί σας. Η αδυναμία παροχής αυτών των πληροφοριών ενδέχεται να αποτρέψει ή να καθυστερήσει την εκπλήρωση αυτών των υποχρεώσεων. The information provided to the Insurer, together with medical and any other information obtained from you or from other parties about you in connection with this policy, will be used by the Insurer for the purposes of your application, the operation of insurance (which includes the process of underwriting, administration, claims management, analytics relevant to insurance, rehabilitation and customer concerns handling) and fraud prevention and detection. We may be required by law to collect certain personal information about you, or as a consequence of any contractual relationship we have with you. Failure to provide this information may prevent or delay the fulfillment of these obligations.

Οι πληροφορίες θα κοινοποιούνται από την Ασφαλιστική Εταιρεία για αυτούς τους σκοπούς στις εταιρείες του ομίλου και τρίτους ασφαλιστές, αντασφαλιστές, ασφαλιστικούς διαμεσολαβητές και παρόχους υπηρεσιών. Αυτοί οι συμβαλλόμενοι ενδέχεται να καταστούν ελεγκτές δεδομένων αναφορικά με τις προσωπικές πληροφορίες σας. Καθώς λειτουργούμε στο πλαίσιο μιας διεθνούς

επιχείρησης, ενδέχεται να μεταβιβάσουμε τις προσωπικές πληροφορίες σας εκτός του Ευρωπαϊκού Οικονομικού Χώρου για αυτούς τους σκοπούς.

Information will be shared by the Insurer for these purposes with group companies and third party insurers, reinsurers, insurance intermediaries and service providers. Such parties may become data controllers in respect of your personal information. Because we operate as part of a global business, we may transfer your personal information outside the European Economic Area for these purposes.

Έχετε συγκεκριμένα δικαιώματα σχετικά με τις προσωπικές πληροφορίες σας, σύμφωνα με τους τοπικούς νόμους. Αυτά περιλαμβάνουν τα δικαιώματα αιτήματος πρόσβασης, διόρθωσης, διαγραφής, περιορισμού, ένστασης και λήψης των προσωπικών πληροφοριών σας σε εύχρηστη ηλεκτρονική μορφή για αποστολή τους σε τρίτους (δικαίωμα φορητότητας).

You have certain rights regarding your personal information, subject to local law. These include the rights to request access, rectification, erasure, restriction, objection and receipt of your personal information in a usable electronic format and to transmit it to a third party (right to portability).

Εάν έχετε απορίες ή ανησυχίες σχετικά με τον τρόπο με τον οποίο έχουν χρησιμοποιηθεί οι προσωπικές πληροφορίες σας, επικοινωνήστε στο εξής email: DPOLondon@siriusspt.com.

If you have questions or concerns regarding the way in which your personal information has been used, please contact: DPOLondon@siriusspt.com.

Δεσμευόμαστε να συνεργαστούμε μαζί σας για την εξασφάλιση μιας δίκαιης επίλυσης σε οποιαδήποτε καταγγελία ή ανησυχία σχετικά με το απόρρητο. Ωστόσο, εάν θεωρείτε ότι δεν καταφέραμε να σας βοηθήσουμε με την καταγγελία ή την ανησυχία σας, έχετε το δικαίωμα να υποβάλετε καταγγελία στο Γραφείο Επιτρόπου Πληροφοριών του Ηνωμένου Βασιλείου.

We are committed to working with you to obtain a fair resolution of any complaint or concern about privacy. If, however, you believe that we have not been able to assist with your complaint or concern, you have the right to make a complaint to the UK Information Commissioner's Office.

Για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με τον τρόπο επεξεργασίας των προσωπικών πληροφοριών σας εκ μέρους μας ανατρέξτε στην πλήρη δήλωση απορρήτου μας στη διεύθυνση: <https://www.siriusspt.com/legal/website-privacy-policy-final.pdf>

For more information about how we process your personal information, please see our full privacy notice at: <https://www.siriusspt.com/legal/website-privacy-policy-final.pdf>

5 Γλώσσα Language

Η γλώσσα του παρόντος ασφαλιστηρίου συμβολαίου είναι τα αγγλικά και κάθε αλληλογραφία μεταξύ μας θα πραγματοποιείται στα αγγλικά.

The language of this insurance contract is English and all correspondence between us will be in English.

Σημειώστε αυτήν την επιλογή για να επιβεβαιώσετε ότι αποδέχεστε αυτήν τη δήλωσή. ☐

Please tick to confirm that you accept this statement.

Εάν δεν επιθυμείτε να χρησιμοποιούνται τα αγγλικά, επικοινωνήστε με τον ασφαλιστή σας ή τηλεφωνήστε μας στο +44 (0) 1903 817970 (Ηνωμένο Βασίλειο).

If you do not wish the language to be English, please contact your broker or telephone us on +44 (0) 1903 817970 (UK).

7 Συμπληρωματικό ασφαλιστήριο Top-up policy

Σημειώστε αυτήν την επιλογή εάν διαθέτετε κάποιο τοπικό ασφαλιστήριο συμβόλαιο υγείας. Μπορείτε να χρησιμοποιήσετε τις απαιτήσεις που πληρούν τις προϋποθέσεις από το τοπικό ασφαλιστήριο υγείας σας για να αξιοποιήσετε το υπερβάλλον ασφάλιστρο στο ασφαλιστήριο IMG.

Please tick if you have a local health insurance policy. You can use the eligible claims you make on your local health insurance policy to use up the excess on your IMG policy.

8 Προηγούμενη ασφάλιση Previously Insured

Έχετε εσείς ή κάποιο μέλος της οικογένειάς σας κάνει αίτηση για κάλυψη ή αγοράσει ασφάλιση μέσω των IMG, IMG Europe ή ALC;

Have you or any family member applying for coverage ever purchased insurance through IMG, IMG Europe, or ALC?

☐ Ναι ☐ Όχι
Yes No

Αριθμός πιστοποιητικού/ασφαλιστηρίου:

Certificate/Policy Number:

(Εάν ναι: παρέχετε τον αριθμό πιστοποιητικού, εάν υπάρχει, και λεπτομέρειες. Επιλέγοντας «ναι», συμφωνείτε με τα παρακάτω: αναγνωρίζετε ότι υποβάλετε αίτηση για ένα νέο πιστοποιητικό κάλυψης και όχι ανανέωση ή επαναφορά τυχόν προηγούμενου/-ων πιστοποιητικού/-ών που ενδεχομένως να αγοράσατε μέσω των IMG, IMG Europe ή ALC στο παρελθόν. Συμφωνείτε επίσης ότι εάν η IMG αποδεχθεί τη νέα σας αίτηση, θα ξεκινήσει μια νέα περίοδος κάλυψης σύμφωνα με τους όρους, τις προϋποθέσεις και τις προβλέψεις του νέου ασφαλιστικού πιστοποιητικού (συμπεριλαμβανομένων, ενδεικτικά, όλων των απαιτήσεων καταλληλότητας, προϋπαρχουσών παθήσεων και άλλων εξαιρέσεων, περιόδων αναμονής και ορίων παροχών και δευτερευόντων ορίων των προγράμματος) και η νέα κάλυψή σας δεν θα πληροί τις προϋποθέσεις για τυχόν παρόχες συνεχίζουσας κάλυψης βάσει της προηγούμενης ληγμένης κάλυψής σας.)

(If yes: please provide certificate number, if any, and details. By selecting yes, you agree to the following: you acknowledge that you are applying for an entirely new certificate of coverage and not a renewal or reinstatement of any prior certificate(s) that you may have purchased through IMG, IMG Europe, or ALC in the past, and that, should IMG accept your new application, this would start a brand new coverage period under the terms, conditions and provisions of the new insurance certificate (including, but not limited to, all eligibility requirements, pre-existing condition and other exclusions, waiting periods, and benefit limits and sub-limits of the plan), and your new coverage will not qualify for any benefits of continuous coverage based upon your prior lapsed coverage.)

Έχετε εσείς ή κάποιο μέλος της οικογένειάς σας κάνει αίτηση για κάλυψη η οποία έγινε δεκτή με ειδικούς όρους ή χρεώσεις, είχατε κάλυψη που απορρίφθηκε ή κάποιο ασφαλιστήριο που έχει ακυρωθεί στο πλαίσιο οποιουδήποτε προγράμματος ασφάλισης υγείας/ιατρικού, ζωής ή αναπηρίας. Have you or any family member applying for coverage ever been accepted with special terms or rates, been declined cover or had a policy cancelled under any health/medical, life or disability insurance plan?

☐ Ναι ☐ Όχι
Yes No

Λεπτομέρειες:

Details:

6 Τεκμηρίωση Documentation

Θα θέλατε να λάβετε όλο το υλικό τεκμηρίωσης του ασφαλιστηρίου και την μελλοντική αλληλογραφία μέσω email; Θα χρησιμοποιήσουμε τη διεύθυνση που αναγράφεται στη σελίδα 2.

Would you like to receive all policy documentation and future correspondence by email? We'll use the address from page 2.

☐ Ναι ☐ Όχι
Yes No

9 Άλλη ασφάλιση υγείας Other Health Insurance

Διαθέτετε κάποιο άλλο ασφαλιστικό πρόγραμμα ή ασφαλιστήριο που παρέχει κάλυψη για ιατρικές δαπάνες;

Do you hold any other insurance plan or policy that provides cover for medical costs?

☐ Ναι ☐ Όχι
Yes No

Αριθμοί πιστοποιητικού ή αναγνωριστικού ασφαλιστηρίου

Policy Certificate or ID Numbers

Όνομα προγράμματος ιδιωτικής ή κρατικής ασφάλισης

Private insurance or government plan name

Ασφαλιστική εταιρεία ή κρατικός φορέας που παρέχει το πρόγραμμα

Insurer or government entity providing the plan

Ημερομηνία έναρξης κάλυψης
(HH-MM-EEEE)

Coverage Start Date (DD-MM-YYYY)

Ημερομηνία λήξης κάλυψης
(HH-MM-EEEE)

Coverage End Date (DD-MM-YYYY)

10 Η δήλωσή σας

Your declaration

1. Έλαβα και διάβασα τους πλήρεις Ορισμούς, τις Παροχές, τις Εξαιρέσεις και τις Προϋποθέσεις της παρούσας Πολιτικής, συμπεριλαμβανομένης της Γενικής Εξαιρέσης 63 σχετικά με Προϋπάρχουσες Παθήσεις και της Γενικής Προϋπόθεσης 8 σχετικά με την Ιαχυσία Νομοθεσία. Κατανώ ότι το Εντύπο Αίτησης, το Πιστοποιητικό Έκδοσης ή η Δήλωση Ασφάλισης (σε περίπτωση που το άτομο βρίσκεται εκτός ΕΟΧ ή Ηνωμένου Βασιλείου) και η Διατύπωση του Ασφαλιστηρίου συνιστούν τη σύμβαση μεταξύ μας και αποτελούν όλα μέρους του ασφαλιστηρίου. Γνωρίζω ότι η κάλυψη θα παρέχεται σύμφωνα με το ασφαλιστήριο. Η Γενική Εξαιρέση 63 που αφορά σε Προϋπάρχουσες παθήσεις δεν ισχύει όσον αφορά τους όρους πλήρους ανάληψης ασφαλιστικών κινδύνων υγείας. Κατανώ ότι τυχόν προσωπικές εξαιρέσεις θα αναφέρονται στο Πιστοποιητικό/τη Δήλωση ασφάλισής μου. I have received and read the full Definitions, Benefits, Exclusions and Condition of this Policy including General Exclusion 63 relating to Pre-existing Conditions and General Condition 8 relating to Governing Law. I understand that the Application Form, Certificate of Insurance or Declaration of Insurance (if outside the EEA or UK) and the Policy Wording make up the contract between us and all form part of the policy. I am aware that cover shall be provided in accordance with the policy. General Exclusion 63 relating to Pre-existing Conditions is not applicable to full medical underwriting terms. I understand that any personal exclusions will be stated on my Certificate/Declaration of Insurance.
2. Δηλώνω/Δηλώνουμε ότι οι πληροφορίες που γνωστοποιούνται στην παρούσα πρόταση εξ όσων γνωρίζω/γνωρίζουμε και θεωρώ/θεωρούμε ότι είναι ακριβείς, πλήρεις, προκειμένου να μην προβώ/προβούμε σε ψευδείς δηλώσεις/γνωστοποίηση των παρουσιών πληροφοριών και κατανώ/κατανοούμε ότι οι πληροφορίες είναι ουσιαστικές για την αποδοχή και τη συνέχιση της ασφάλισης, τους όρους αποδοχής και ασφαλιστρο που χρεώνεται/I we declare that the information disclosed in this proposal is, to the best of my/our knowledge and belief, both accurate and complete. I/we have taken care not to make any misrepresentation in the disclosure of this information and understand that all information provided is relevant to the acceptance and assessment of this insurance, the terms on which it is accepted and the premium charged.
3. Κατανώ ότι εάν δεν είμαι ικανοποιημένος/-η από το ασφαλιστήριο, μπορώ να ακυρώσω εντός 14 ημερών από την ημερομηνία της προβλεπόμενης Διατύπωσης του Ασφαλιστηρίου. I understand that if I am not satisfied with the content of this policy, I may cancel the insurance within 14 days of the completion of this contract as set out in the Policy Wording.
4. Εάν έχω δηλώσει ότι επιθυμώ να πληρώσω με πιστωτική/χρεωστική κάρτα, εξουσιοδοτώ την IMG να χρεώνει τον λογαριασμό μου έως και 4 ημέρες νωρίτερα από την ημερομηνία είσπραξης/ανανέωσης με το ποσό του αντίστοιχου ασφαλιστρο και κάθε επακόλουθου ασφαλιστρο ανανέωσης που οφείλεται, όπως κοινοποιείται, έως ότου παρέχω γραπτή ειδοποίηση για την επιθυμία μου να καταγγείλω το παρόν Συμφωνητικό. Κατανώ ότι η IMG δεν μπορεί να κριθεί υπεύθυνη εάν το ασφαλιστήριο μου λήξει σε περίπτωση που η πιστωτική/χρεωστική κάρτα μου απορριφθεί και δεν ανταποκριθώ σε αιτήματα για εναλλακτικές μεθόδους πληρωμής εντός 7 ημερών. If I have indicated that I wish to pay by credit/debit card, I authorise IMG to debit my account up to 4 days in advance of the collection/ renewal date with the appropriate premium, and all subsequent renewal premiums due as notified until I give written notice that I wish to terminate this Agreement. I understand that IMG cannot be liable if my policy is lapsed should the credit/debit card be declined and I do not respond to requests for alternative methods of payment within 7 days.
5. Υπογράφοντας το παρόν έντυπο, ως ο υπογεγραμμένος κάτοχος του ασφαλιστηρίου επιβεβαιώνω ότι: By signing this form as the policyholder, I confirm that:
- όλοι όσοι περιλαμβάνονται στο πρόγραμμα έχουν συμφωνήσει ότι ο κάτοχος ασφαλιστηρίου έχει την άδεια τους προκειμένου να συναψεί αυτό το πρόγραμμα on the plan has agreed that the policyholder has their permission to act for them to set up this plan

- Σε περίπτωση αίτησης για κάλυψη με χώρα κατοικίας εκτός του ΕΟΧ και του Ηνωμένου Βασιλείου ή μετακόμισης οποιαδήποτε στιγμή σε τοποθεσία εκτός του ΕΟΧ ή του Ηνωμένου Βασιλείου, ο κάτοχος του ασφαλιστηρίου αναγνωρίζει και συμφωνεί να επιλέξει το Καταπίστευμα: ο κάτοχος του ασφαλιστηρίου εφαρμόζει και παρόντος και εγγράφεται, για και εκ μέρους κάθε εγγεγραμμένου ατόμου, στην Conyers Trust Company (Bermuda) Limited, Richmond House, 12 Par-la-Ville Road Hamilton HM 08, Bermuda ή τους διαδόχους αυτής, για την ασφαλιστική κάλυψη που ζητείται παραπάνω και όπως παρέχεται και διασφαλίζεται από τη Sirius International Insurance Corporation κατά την ημερομηνία λήψης αυτής και όπως τελεί σε διαχείριση από την IMG. If applying for coverage with a country of residence outside of the EEA and UK or at any time move to a location outside the EEA or UK, the policyholder acknowledges and agrees to elect the Trust: the policyholder hereby applies and subscribes for and on behalf of each individual enrolled to the Conyers Trust Company (Bermuda) Limited, Richmond House, 12 Par-la-Ville Road Hamilton HM 08, Bermuda, or its successors, for the insurance coverage requested above and as underwritten and offered by Sirius International Insurance Corporation on the date of its receipt hereof, and as administered by the Trust.
6. Εάν επιθυμείτε αυτήν την ασφάλιση μέσω ασφαλιστή, ο κάτοχος του ασφαλιστηρίου κατανοεί, αναγνωρίζει και συμφωνεί ότι η IMG ενδέχεται να καταβάλει προμήθεια στον ασφαλιστή κατά τη σύναψη και την ανανέωση. If you are arranging this insurance via a broker the policyholder understands, acknowledges and agrees that IMG will pay commission to the broker at inception and renewal.
- Διάβασα και κατανόησα την ειδοποίηση Γενικού Κανονισμού Προστασίας Δεδομένων (ΓΚΠΔ) όπως περιέχεται στο παρόν Εντύπο Αίτησης και την Πολιτική Απορρήτου, η οποία είναι διαθέσιμη στη διεύθυνση <https://www.imglobal.com/intl/legal/privacy-policy> I have read the General Data Protection Regulation (GDPR) notice as contained in this Application Form and the Privacy Policy which is available at <https://www.imglobal.com/intl/legal/privacy-policy>
8. Σε περίπτωση αμέλειας και παροχής ανακριβών ή ημιτελών πληροφοριών εκ μέρους σε εμάς, ενδέχεται να λάβουμε ένα ή περισσότερα από τα παρακάτω μέτρα:
- (i) Να ακυρώσουμε το πρόγραμμά σας,

- Cancel your plan;
- (ii) Να ακυρώσουμε τη συνδρομή σας (θεωρώντας ότι το πρόγραμμά σας δεν υφίστατο ποτέ), Declare your membership void (treating your plan as if it had never existed);
- (iii) Να αλλάξουμε τους όρους του προγράμματός σας ή Change the terms of your plan; or
- (iv) Να αρνηθούμε να διαχειριστούμε το σύνολο ή μέρος οποιασδήποτε απαίτησης ή να μειώσουμε το ποσό τυχόν καταβολών απαιτήσεων. Refuse to deal with all or part of any claim or reduce the amount of any claims payments.

Ενδέχεται να σας ζητήσουμε να παράσχετε περισσότερες πληροφορίες ή/και έγγραφα για να βεβαιωθείτε ότι οι πληροφορίες που μας παρέχεται κατά τη σύναψη, την εφαρμογή αλλαγών ή την ανανέωση του προγράμματός σας ήταν ακριβείς και πλήρεις. We may ask you to provide further information and/or documentation to make sure that the information you gave us when taking out, making changes to or renewing your plan was accurate and complete.

Καμία κάλυψη δεν ισχύει έως ότου η παρούσα πρόταση γίνει αποδεκτή από την ασφαλιστική εταιρεία και καταβληθεί το ασφαλιστρο. Η ασφαλιστική εταιρεία επιφυλάσσεται του δικαιώματος να απορρίψει οποιαδήποτε πρόταση ασφάλισης ή να προσφέρει διαφορετικά ασφαλιστρα και όρους από τα αναφερόμενα, σύμφωνα με τις πληροφορίες που παρέχετε. No cover is in force until this proposal is accepted by the insurer and the premium is paid. The insurer reserves the right to decline any insurance proposal or to offer different premium and terms from those quoted dependent on the information you have provided.

Συγκατάθεση μάρκετινγκ

Marketing Consent

☐ Ναι ☐ Όχι

Yes No

Συμφωνώ με τη λήψη σχετικών πληροφοριών και άλλων επικοινωνιών από την IMG σχετικά με ασφαλιστικές καλύψεις και επιλογές υπηρεσιών. Κατανώ ότι μπορώ να ανακαλέσω τη συγκατάθεσή μου οποιαδήποτε στιγμή I agree to receive relevant information and other communications from IMG about insurance coverages and service options. I understand that I can withdraw my consent at any time

Ημερομηνία έναρξης ασφαλιστηρίου

Policy start date

Ημερομηνία (HH-MM-EEEE)

Date (DD-MM-YYYY)

Το ασφαλιστήριο σας δεν μπορεί να ξεκινήσει έως ότου λάβουμε και αποδεχθούμε το παρόν έντυπο. Εάν θέλετε η κάλυψή σας να ξεκινήσει σε μελλοντική ημερομηνία, θα πρέπει να μας ενημερώσετε σε περίπτωση αλλαγών στις παρεχόμενες πληροφορίες σε αυτό το έντυπο, όπως αλλαγή στην κατάσταση υγείας σας ή την κατάσταση υγείας οποιουδήποτε εξαρτημένου μέλους σας. Σε περίπτωση αλλαγών επιφυλασσόμαστε του δικαιώματος να αλλάξουμε τους παρεχόμενους όρους. Δεν μπορείτε να υποβάλετε αίτηση για κάλυψη περισσότερο από 30 ημέρες νωρίτερα από τη συμπλήρωση του παρόντος εντύπου. Your policy cannot start until we receive and accept this form. If you'd like your cover to start at a future date, you must let us know if there are any changes to the information given in this form such as a change in your state of health or the state of health of any of your dependants. If there has been a changes we reserve the right to change the terms provided – you cannot apply for cover more than 30 days in advance of completion of this form.

Your policy cannot start until we receive and accept this form. If you'd like your cover to start at a future date, you must let us know if there are any changes to the information given in this form such as a change in your state of health or the state of health of any of your dependants. If there has been a changes we reserve the right to change the terms provided – you cannot apply for cover more than 30 days in advance of completion of this form.

Όνομα ασφαλιστή Broker name	Αριθμός ασφαλιστή Broker number

Επιβεβαίωση

Confirmation

Υπογραφή κατόχου ασφαλιστηρίου

Policyholder signature

Η υπογραφή της παρούσας Αίτησης δεν σας δεσμεύει ως προς τη σύναψη της ασφάλισης. Signing this Application does not bind you to enter into this insurance.

ΑΝΑΓΡΑΨΤΕ το πλήρες ονοματεπώνυμό σας

Please PRINT name in full

Ημερομηνία υπογραφής (HH-MM-EEEE)

Date signed (DD-MM-YYYY)

Εάν συμπληρώνετε μια ηλεκτρονική έκδοση του παρόντος εντύπου, επιλέξτε το πλαίσιο παρακάτω για να αναγνωρίσετε τη δήλωσή.

If you're completing a digital version of this form, please tick the box below to acknowledge the declaration.

☐ Ως κάτοχος ασφαλιστηρίου επιβεβαιώνω ότι διάβασα και κατανόησα την παρούσα δήλωση I confirm, as the policyholder, I have read and understood this declaration

International Medical Group Limited είναι εξουσιοδοτημένη και εποπτευόμενη από την Financial Conduct Authority (311496). Εγγεγραμμένος στην Αγγλία και την Ουαλία (4163178). Εγγεγραμμένο γραφείο: 254 Upper Shoreham Road, Shoreham-by-Sea, West Sussex, BN43 6BF.

IMG Europe AB είναι αδειοδοτημένη και εποπτευόμενη από τη Σουηδική Αρχή Χρηματοπιστωτικής Εποπτείας (71922) και είναι εγγεγραμμένη ως εξουσιοδοτημένος αντιπρόσωπος από την Αρχή Χρηματοπιστωτικής Συμπεριφοράς (Financial Conduct Authority) (1003200). Εγγεγραμμένος στη Σουηδία (559405-0469). Έδρα: c/o SiriusPoint International, Flemingsgatan 14, 112 26, Stockholm, Sweden. Διεύθυνση γραφείου εγκατάστασης στο Ηνωμένο Βασίλειο (BR025974): 3rd Floor, Fitzalan House, Cardiff, CF24 0EL, UK