

4. ΆΛΛΕΣ ΔΗΛΩΣΕΙΣ / OTHER STATEMENTS

1. Υπάρχουν συνθήκες στο επάγγελμα σας, στις συνήθειες σας ή άλλες ασχολίες σας που σας εκθέτουν σε ιδιαίτερο κίνδυνο; / Are there any conditions in your profession, habits or other activities that put you at risk? ☐ Ναι/Yes ☒ Όχι/No
2. Διατηρείτε τώρα σε ισχύ ασφαλιστική κάλυψη Ευθύνης Εργοδότη ή έχετε ποτέ στο παρελθόν υποβάλει πρόταση για τέτοια κάλυψη; Αν ΝΑΙ, δώστε λεπτομέρειες./ Are you at present insured or have you ever applied for such an insurance in the past? ☐ Ναι/Yes ☒ Όχι/No
3. Έχει οποιαδήποτε ασφαλιστική εταιρεία σε οποιονδήποτε χρόνο απορρίψει οποιαδήποτε πρόταση για ασφάλιση ζωής, υγείας ή προσωπικών ατυχημάτων, απαιτήσει αυξημένο ασφάλιστρο ή επιβάλει ειδικούς όρους ή αρνηθεί να ανανεώσει ή ακυρώσει οποιαδήποτε ασφάλιση; / Has any insurance company at any time declined any proposal for life, medical or personal accident insurance, demanded increased premium or imposed special terms or refused to renew or cancelled any insurance policy? ☐ Ναι/Yes ☒ Όχι/No

Αν η απάντησή σας σε οποιαδήποτε από τις παραπάνω ερωτήσεις είναι ΝΑΙ, παρακαλούμε δώστε λεπτομέρειες/
If you replied YES to any of the above questions, please provide details:

5. ΠΑΡΟΧΕΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΟΥ/ BENEFITS

Επιθυμητή Κάλυψη/Desired Cover:

- ☒ Σχέδιο Α/Plan A (Ενδονοσοκομειακή και Εξωνοσοκομειακή Περίθαλψη / Inpatient and Outpatient Treatment)
- ☐ Σχέδιο Β/Plan B (Ενδονοσοκομειακή Περίθαλψη / Inpatient Treatment)
- ☐ Σχέδιο Γ/Plan C (Έξοδα Μεταφοράς Σορού / Mortal Remains Transportation Expenses)

Προαιρετικά ωφελήματα με την καταβολή επιπρόσθετου ασφαλιστρού (Προσφέρονται με το Σχέδιο Γ μόνο) / Optional benefits upon payment of an additional premium (Provided only with Plan C):

- ☐ Θάνατος από ατύχημα / Death as a result of an accident
- ☐ €5.000 ☐ €10.000
- ☐ Έξοδα αντικατάστασης εργοδοτούμενου σε περίπτωση θανάτου από ατύχημα μέχρι €2.000/
Costs of replacing the employee due to accidental death up to €2.000

Ασφάλιστρο/Premium (Για χρήση από την Εταιρεία/ For Company use)

Ασφάλιστρο/ Premium	€.....
Δικαιώματα συμβολαίου/ Policy fees	€.....
Χαρτόσημο/ Stamp duty	€.....
Συνολικό ετήσιο ασφάλιστρο/ Total annual premium	€.....

ΠΕΡΙΟΔΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ / PERIOD OF INSURANCE

Έναρξη/ Commencing on: /..... /..... Λήξη/ Expiring on: /..... /.....

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

Δηλώνω ότι όλα όσα έχω δηλώσει στην Πρόταση αυτή είναι απόλυτα αληθή και ορθά και ότι δεν έχω αποκρύψει, παραποιήσει ή παραθέσει με ανακρίβεια οποιοδήποτε γεγονός. Συμφωνώ επίσης ότι η πρόταση και δήλωση αυτή είναι απόλυτα δεσμευτική για μένα και ότι αποτελεί τη βάση του ασφαλιστηρίου εγγράφου μεταξύ μου και της Ασφαλιστικής Εταιρείας **ATLANTIC Insurance Co. Public Ltd** και θα θεωρείται ως να ενσωματώνεται στο ασφαλιστήριο που θα εκδοθεί.

DECLARATION

I hereby declare that whatever is stated in this Proposal is absolutely true and that I have not concealed, distorted or misrepresented any fact. I also agree that this proposal and declaration shall be absolutely binding upon me and shall form the basis of the insurance contract between myself and **ATLANTIC Insurance Co. Public Ltd** and will be considered as forming part of the Policy to be issued.

Υπογραφή Προτείνοντα:

Signature of Proposer:

.....

Ημερομηνία:

Date:

15 / 12 / 2025

.....