

PROPOSAL & EVIDENCE OF INSURANCE / ΠΡΟΤΑΣΗ & ΑΠΟΔΕΙΞΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

POLICYHOLDER / ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΣ	Michael Ermogenous			
Identity Card or Company Reg. Number Ταυτότητα ή Αριθμός Εγγραφής Εταιρείας	7896613			
Address / Διεύθυνση	City / Πόλη	7896613	Post Code Κώδικας	
			7080	
Home Telephone Number / Τηλέφωνο Οικίας	99420544	Mobile Number Αριθμός Κινητού	99420544	
INSURED / ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΣ	George			
Place of Usual Business Τόπος Συνήθους Εργασίας	Cyprus	Occupation / Επάγγελμα	Programmer	
Passport Number / Αριθμός Διαβατηρίου	123456	Country / Χώρα	22	
Date of Birth / Ημερομηνία Γέννησης	24/05/1979	Gender / Γένος	Male/Άρρεν	
Period of Insurance / Περίοδος Ασφάλισης	From / Από	07/05/2019	To / Μέχρι	
			06/05/2020	
SCHEDULE OF BENEFITS / ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΑΡΟΧΩΝ		PLAN A ΣΧΕΔΙΟ Α	PLAN B ΣΧΕΔΙΟ Β	PLAN C ΣΧΕΔΙΟ Γ
1. MAXIMUM LIMIT PER ACCIDENT OR ILLNESS IN RESPECT OF IN-HOSPITAL TREATMENT ΑΝΩΤΑΤΟ ΠΟΣΟ ΚΑΤΑ ΑΣΘΕΝΕΙΑ Ή ΑΤΥΧΗΜΑ ΕΝΤΟΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ		Euro/€	Euro/€	Euro/€
<ul style="list-style-type: none"> Per in-hospital treatment/ Για Ενδονοσοκομειακή Περίθαλψη Per period of insurance and per person / Κατά περίοδο ασφάλισης και κατά άτομο 		8.600 13.700	8.600 13.700	12.000 18.000
1a. Hospitalization (Room & Board) per day / ΗΜΕΡΗΣΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑ (Δωμάτιο & Τροφή) για κάθε μέρα		70	70	100
1b. Hospitalization (Room & Board) per day Intensive Care / ΗΜΕΡΗΣΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑ (Δωμάτιο & Τροφή) για κάθε μέρα σε μονάδα Εντατικής Παρακολούθησης		175	175	300
2. MAXIMUM LIMIT PER ACCIDENT OR ILLNESS PER OUT-HOSPITAL TREATMENT ΑΝΩΤΑΤΟ ΠΟΣΟ ΚΑΤΑ ΑΣΘΕΝΕΙΑ Ή ΑΤΥΧΗΜΑ ΕΚΤΟΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ				
<ul style="list-style-type: none"> Per Out-hospital treatment / Για Εξωνοσοκομειακή Περίθαλψη Per period of insurance and per person / Κατά περίοδο ασφάλισης και κατά άτομο 		685 1.750	---	1.000 2.500
2a. MAXIMUM AMOUNT PER DOCTOR'S VISIT / ΑΝΩΤΑΤΟ ΠΟΣΟ ΚΑΤΑ ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΠΙΣΚΕΨΗ		20	---	50
3. MATERNITY COVER (Normal or Caesarean Section) / ΩΦΕΛΗΜΑ ΤΟΚΕΤΟΥ (Φυσιολογικός ή με καισαρική τομή) Maximum limit up to / Ανώτατο όριο μέχρι: The benefit is payable only if delivery takes place at least 10 months from the commencement of cover or inclusion of the Insured Person in the Policy. Το ωφέλημα είναι πληρωτέο νοουμένου ότι ο τοκετός γίνεται τουλάχιστον 10 μήνες μετά την έναρξη του Ασφαλιστηρίου ή την ένταξη του Ασφαλισμένου Προσώπου στο Ασφαλιστήριο		515	515	800
4. TRANSPORTATION OF CORPSE / ΜΕΤΑΦΟΡΑΣ ΣΩΡΟΥ		3.450	3.450	5.000
Plan Selection / Επιλογή Σχεδίου		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

This **Schedule of Benefits** forms an integral part of **Medical Insurance Policy KMIPW 11 2017** This Policy will be renewed for an additional period with the same terms and conditions that exist at the time of renewal subject to the premium being prepaid. / **Ο Πίνακας Παροχών** αποτελεί αναπόσπαστο μέρος του **Ασφαλιστηρίου Ιατροφαρμακευτικής Περίθαλψης KMIPW 11 2017** Το Ασφαλιστήριο θα ανανεωθεί αυτόματα για ακόμη μια ασφαλιστική περίοδο με τους όρους και τις προϋποθέσεις που θα ισχύουν κατά την ημερομηνία ανανέωσης του και νοουμένου ότι το ασφαλιστρο ανανέωσης θα προπληρωθεί.

Co-insurance / Συνασφάλιση : Up to 65 years of age / Μέχρι 65 ετών

10% on all Claims / 10% σε όλες τις απαιτήσεις

Employers Liability Coverage / Κάλυψη Ευθύνη Εργοδότη: ☐

Social Security Insurance Number / Αριθμό Μητρώου Εργοδότη:

Policyholder Signature / Υπογραφή Συμβαλλόμενου _____ Date / Ημερομηνία: 07/05/2019 12:30:57