

PROPOSAL & EVIDENCE OF TRAVEL INSURANCE / ΠΡΟΤΑΣΗ & ΑΠΟΔΕΙΞΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΤΑΞΙΔΙΟΥ

Name of First Applicant Όνομα Πρώτου Αιτούντος	Passport No or ID Αριθμός Διαβατηρίου ή Ταυτότητα	Nationality Ιθαγένεια	Date of Birth Ημ. Γεννήσεως
Michael Ermogenous		Ghana	24/05/2003

Address / Διεύθυνση: Μακαρίου 123, Λάρνακα, 7080

Telephone / Τηλέφωνο: 99420544

Destination / Προορισμός: Russia

Names of other Applicants Ονόματα Άλλων Αιτητών	Passport No or I.D. Αιθμός Διαβατηρίου ή Ταυτότητα	Nationality Ιθαγένεια	Date of Birth Ημ. Γεννήσεως
sdfs	324	Ghana	10/09/1950

Geographical Area / Γεωγραφική Περιοχή: Worldwide (excluding U.S.A & Canada / Παγκόσμια (εκτός Η.Π.Α & Καναδά)

Package / Πακέτο: Limited

Period of Insurance: Shall commence at the time of leaving The Republic of Cyprus and shall terminate on return thereto on completion of the journey or holiday.**Περίοδος Ασφάλισης:** Θα αρχίζει κατά την αναχώρηση από τη Κυπριακή Δημοκρατία και θα τερματίζεται κατά την επιστροφή σε αυτή με την συμπλήρωση του ταξιδιού ή διακοπών.**Period of Insurance / Περίοδος Ασφάλισης**
Maximum Period 90 days/ Μέγιστη Περίοδος 90 Μέρες

30 Days / Μέρες

From / Από: 30/09/2019

Notification of Claims and Circumstances to
Κοινοποίηση Αιτήσεων και Γεγονότα στους

Kemter Insurance Agencies Sub-Agencies and Consultants Ltd

claims@kemterinsurance.com

In the event of a serious **illness** or **injury** during **Your Trip** which will require hospitalisation, in the first instance **You** must notify **Our** Medical Assistance Company. Σε περίπτωση σοβαρής **Ασθένειας** ή **Τραυματισμού** κατά τη διάρκεια του **Ταξιδιού σας** που θα απαιτήσει νοσηλεία σε νοσοκομείο, πρέπει πρώτα να ενημερώσετε την Εταιρεία Ιατρικής Βοήθειας.

Tel. / Τηλ.: +44 20 3640 6820

Fax. / Φαξ.: +44 20 8481 7721

E-mail / Ηλεκτρονική Διεύθυνση: internationalhealthcare@healix.com

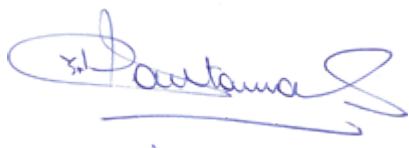
By signing this application, you are confirming that you are in good health and not traveling for Medical Reasons, furthermore, please disclose any other facts that may influence the acceptance of the risk. On acceptance of the Application and payment, a Schedule will be issued and together With the Proposal shall be the basis of this contract.

Με την υπογραφή σας σε αυτή τη αίτηση επιβεβαιώνετε ότι είστε σε καλή υγεία και δεν ταξιδεύετε για ιατρικούς λόγους, επίσης παρακαλώ αναφέρετε οποιαδήποτε άλλα γεγονότα που τυχόν επηρεάζουν την αποδοχή του κινδύνου. Με την αποδοχή της αίτησης και την καταβολή του ασφαλιστρου, θα εκδοθεί ο Πίνακας του Ασφαλιστηρίου που μαζί με την Αίτηση θα αποτελούν αναπόσπαστο μέρος του Ασφαλιστηρίου συμβολαίου

Data Protection Act Any information provided us regarding You or any Person Insured will be processed by us in compliance with the provisions of the Processing of Personal Data (Protection of the Individual) Regulation (EU) 2016/679, as amended each time, for the purpose of providing insurance and handling claims or complaints, if any. This may necessitate providing such information to third parties.

Προστασία Δεδομένων

Οι όποιες πληροφορίες για Σας ή οποιοδήποτε ασφαλισμένο πρόσωπο δίνονται σε Μας, θα τυγχάνουν επεξεργασίας από Εμάς, σε συμμόρφωση με τις πρόνοιες του Γενικού Κανονισμού Προστασίας Δεδομένων (ΕΕ) 2016/679 ως εκάστοτε τροποποιείται, για σκοπούς παροχής ασφάλισης και χειρισμού των αιτήσεων ή παραπόνων, αν υπάρξουν. Για αυτό, ενδέχεται να χρειαστεί να δοθούν αυτές οι πληροφορίες και σε τρίτους.

Signed By / Υπογράφηκε από:Γιάννος Σανταμάς
Director / Διευθυντής
Kemter Insurance Agencies, Sub-Agencies and Consultants Ltd
Authorised Coverholder at Lloyd's**Issued By / Εκδόθηκε από:**
Unique Market Ref:
B0750RARSP1900607Issue Date / Ημερομηνία Έκδοσης:
01/11/2019 12:05:01

P.O.Box 53538, 3033 Limassol Tel.: +357 25755952 Fax: +357 25755953 E-mail: kemter@kemterinsurance.com

PLAN NAME		Limited
Emergency medical & travel expenses Deductible per claimant		€1.500 €100
Emergency medical evacuation & Repatriation of mortal remains		€1.000
Funeral Expenses		€1.000
Hospital Inconvenience Expenses	Daily Limit: Maximum Limit:	Not Included
Personal Accident 1 Accidental Death 2. Loss of Limb (one limb) or Loss of Sight (one eye) 3. Loss of Limb (two limbs) or Loss of Sight (both eyes) 4. Permanent Total Disablement In no case shall Our liability exceed the largest Benefit Amount applicable under any one of the Benefits above. For Insured Persons under the age of sixteen (16): For Insured Persons over the age of sixty-five (65):		€20.000 €20.000 €20.000 €20.000 Benefit 1 is limited to €5.000 and Benefits 2,3, and 4 are reduced by 50%. Benefit 1 is limited to €5.000 and Benefits 2 and 3 are reduced by 50%, Benefit 4 (Permanent Total Disablement) is deleted.
Trip Cancellation	Excess for each and every claim	Not Included
Trip Delay	Hourly Limit: Maximum Limit: Excess for each and every claim	Not Included
Missed Departure	Excess for each and every claim	Not Included
Missed Connection	Excess for each and every claim	Not Included
Baggage Delay	Excess for each and every claim	Not Included
Loss/Damage of baggage & personal effects Single Article Limit	Excess for each and every claim	€500 €350 €50
Loss of Money	Excess for each and every claim	Not Included
Loss of travel documents	Excess for each and every claim	Not Included
Legal Expenses	Aggregate Limit: Excess for each and every claim	Not Included
Hi-jack and Kidnap	Daily Limit: Maximum Limit: Excess for each and every claim	Not Included
Emergency medical assistance		Not Included