

**FOREIGNERS PERSONAL ACCIDENT / ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ ΑΛΛΟΔΑΠΩΝ**  
**PROPOSAL & EVIDENCE OF INSURANCE / ΠΡΟΤΑΣΗ & ΑΠΟΔΕΙΞΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ**

<b>POLICYHOLDER / ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΣ</b>	Michael Ermogenous			
Identity Card or Company Reg. Number Ταυτότητα ή Αριθμός Εγγραφής Εταιρείας	786613			
Address / Διεύθυνση	address			
	City / Πόλη	Λάρνακα	Post Code / Κώδικας	6052
Home Telephone Number / Τηλέφωνο Οικίας	99420544		Mobile Number Αριθμός Κινητού	9942054444
<b>INSURED / ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΣ</b>	Michael Ermogenous			
Place of Usual Business Τόπος Συνήθους Εργασίας	Larnaka		Occupation / Επάγγελμα	BAKER
Passport Number / Αριθμός Διαβατηρίου	123456		Country / Χώρα	Cyprus
Date of Birth / Ημερομηνία Γέννησης	24/05/1979		Gender / Γένος	Male/Άρρεν
Period of Insurance / Περίοδος Ασφάλισης	From / Από	13/05/2020	To / Μέχρι	12/11/2020
<b>SCHEDULE OF BENEFITS / ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΑΡΟΧΩΝ</b>				<b>PLAN A ΣΧΕΔΙΟ Α</b>
<b>1. MAXIMUM LIMIT FOR DEATH CAUSED BY ACCIDENT</b> <b>ΑΝΩΤΑΤΟ ΠΟΣΟ ΓΙΑ ΘΑΝΑΤΟ ΑΠΟ ΑΤΥΧΗΜΑ</b> • Per period of insurance and per person / Κατά περίοδο ασφάλισης και κατά άτομο				Euro/€ 5.000
<b>2. TRANSPORTATION OF CORPSE / ΜΕΤΑΦΟΡΑΣ ΣΩΡΟΥ</b>				3.500

This **Schedule of Benefits** forms an integral part of **Foreigner's Personal Accident and Transportation of Remains Insurance Policy KPAATRFW 01 2020**. 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 Προσωπικών Ατυχημάτων και Μεταφοράς Σωρού KPAATRFW 01 2020**. 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 ασφάλιστρο ανανέωσης θα προπληρωθεί.

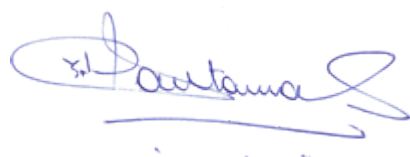
Insurance / Ασφάλιση : Up to 65 years of age / Μέχρι 65 ετών

Employers Liability Coverage / Κάλυψη Ευθύνη Εργοδότη: ☒ Employer's Registration Number / Αριθμό Μητρώου Εργοδότη: 12345/1/1212

Policyholder Signature / Υπογραφή Συμβαλλόμενου: \_\_\_\_\_ Date / Ημερομηνία: \_\_\_\_\_

**Signed By / Υπογράφηκε από:**

**Issued By / Εκδόθηκε από:**



Γιάννος Σανταμάς  
 Director / Διευθυντής  
 Kemter Insurance Agencies, Sub-Agencies and Consultants Ltd  
 Authorised Coverholder at Lloyd's



Unique Market Ref:  
**B0750RARSP2000607**

Issue Date / Ημερομηνία Έκδοσης:  
 13/05/2020 12:51:44

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

[Click here to download policy wording / Κάντε κλικ εδώ για λήψη του λεκτικού συμβολαίου](#)