

PROPOSAL & EVIDENCE OF INSURANCE / ΠΡΟΤΑΣΗ & ΑΠΟΔΕΙΞΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

POLICYHOLDER / ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΣ	Mike		
Identity Card or Company Reg. Number Ταυτότητα ή Αριθμός Εγγραφής Εταιρείας	786613		
Address / Διεύθυνση	spyrou kyprianou		
	City / Πόλη	Λάρνακα	Post Code / Κώδικας 6054
Home Telephone Number / Τηλέφωνο Οικίας	54345	Mobile Number Αριθμός Κινητού	99420544

INSURED / ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΣ	Mike		
Place of Usual Business Τόπος Συνήθους Εργασίας	435	Occupation / Επάγγελμα	ARCHITECT
Passport Number / Αριθμός Διαβατηρίου	435	Country / Χώρα	Cyprus
Date of Birth / Ημερομηνία Γέννησης	24/05/1954	Gender / Γένος	Male/Άρρεν

Period of Insurance / Περίοδος Ασφάλισης	From / Από	04/08/2019	To / Μέχρι	03/08/2020
--	------------	------------	------------	------------

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/€
• Per in-hospital treatment/ Για Ενδονοσοκομειακή Περίθαλψη	8.600	8.600	12.000
• Per period of insurance and per person / Κατά περίοδο ασφάλισης και κατά άτομο	13.700	13.700	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	685	---	1.000
• Per Out-hospital treatment / Για Εξωνοσοκομειακή Περίθαλψη	1.750	---	2.500
• Per period of insurance and per person / Κατά περίοδο ασφάλισης και κατά άτομο	20	---	50
2a. MAXIMUM AMOUNT PER DOCTOR'S VISIT / ΑΝΩΤΑΤΟ ΠΟΣΟ ΚΑΤΑ ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΠΙΣΚΕΨΗ			
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 type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

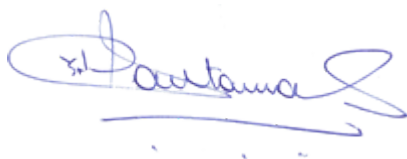
This **Schedule of Benefits** forms an integral part of **Medical Insurance Policy KMIPW 11 2017** This Policy will be renewed for an additional period with the same terms and conditions that exist at the time of renewal subject to the premium being prepaid. / **Ο Πίνακας Παροχών** αποτελεί αναπόσπαστο 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 ασφαλιστήριο 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: ☐ Employer's Registration Number / Αριθμό Μητρώου Εργοδότη:

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

 Issue Date / Ημερομηνία Έκδοσης:
 04/08/2019 18:26:02