



**ΠΡΟΤΑΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΚΛΑΔΟΥ ΖΩΗΣ  
ΟΜΑΔΙΚΕΣ ΑΣΦΑΛΙΣΕΙΣ  
LIFE INSURANCE PROPOSAL FORM  
GROUP ASSURANCE SCHEMES**

Όνομα Εταιρείας / Συμβαλλόμενου - Company Name / Policy Owner:  Αρ. Συμβολαίου / Policy No.

Όνομα Προτεινομένου προς Ασφάλιση  
Name of Proposed for Insurance:  Κωδικός Υπαλλήλου /  
Employee Code:

Υφιστάμενο Ασφαλισμένο Μέλος / Existing Insured Member: ΝΑΙ / YES  ΟΧΙ / NO

Ημερ. Γεννήσεως / Date of birth	Αρ. Ταυτότητας / Διαβατηρίου Identity / Passport Number	Υπηκοότητα Nationality	Αν υπάρχει διπλή υπηκοότητα, δηλώστε και τη δεύτερη If there is a second nationality, please state it
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Καθήκοντα και περιγραφή /  
Duties and description of duties

Φύλο / Sex A / M  Θ / F  Ύψος / Height (cm)  Βάρος / Weight (kg)

Αλλαγή βάρους κατά το τελευταίο έτος; Εάν η απάντησή σας είναι «ΝΑΙ» δηλώστε τα κιλά και το λόγο  
Any changes in weight within the last year? If "YES" please note the No. of kilos and the reason

..... ΝΑΙ / YES  ΟΧΙ / NO

..... ΑΥΞΗΣΗ / GAIN  ΜΕΙΩΣΗ / LOSS

**ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΟΙΚΙΑΣ / HOME ADDRESS**

Οδός και Αριθμός  
Street Name and Number

Ταχυδρομικός Κώδικας  
Postcode  Δήμος και Επαρχία  
Municipality and District

Τηλέφωνα / Telephones Οικία / Home  Εργασία / Business  Κινητό / Mobile

Ηλεκτρονική Διεύθυνση / E-mail Address

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΙΑ ΠΟΛΙΤΙΚΑ ΕΚΤΕΘΕΙΜΕΝΑ ΠΡΟΣΩΠΑ (ΠΕΠ)**

- (1) Πολιτικά Εκτεθειμένα Πρόσωπα (ΠΕΠ) είναι τα φυσικά πρόσωπα στα οποία έχει ή είχε ανατεθεί σημαντικό δημόσιο λειτουργήμα στην Κυπριακή Δημοκρατία ή σε άλλη χώρα, ή είναι μέλη διοικητικού οργάνου πολιτικού κόμματος κατά τη διάρκεια των προηγούμενων 12 μηνών, και οι άμεσοι στενοί συγγενείς τους ή τα πρόσωπα που είναι γνωστά ως στενοί συνεργάτες των προσώπων αυτών.
- (2) Ο ορισμός του στενού συγγενικού περιβάλλοντος αφορά τον/την σύζυγο, κάθε σύντροφο (που θεωρείται από την εθνική νομοθεσία ως ισοδύναμος(-η) με τον (την) σύζυγο), τους γονείς, τα παιδιά και τους συζύγους/συντρόφους τους.
- (3) Πρόσωπα που είναι γνωστοί ως «στενοί συνεργάτες» ΠΕΠ περιλαμβάνουν τα ακόλουθα πρόσωπα:
- Οποιοδήποτε φυσικό πρόσωπο για το οποίο είναι γνωστό ότι είναι από κοινού πραγματικός δικαιούχος νομικής οντότητας και νομικών μηχανισμών με «ΠΕΠ», ή είναι γνωστό ότι συνδέεται με το πρόσωπο αυτό με οποιαδήποτε άλλη στενή επιχειρηματική σχέση.
  - Οποιοδήποτε φυσικό πρόσωπο είναι ο μοναδικός πραγματικός δικαιούχος νομικής οντότητας (π.χ. εταιρείας) και νομικών μηχανισμών (π.χ. εμπίστευμα) οι οποίοι συστάθηκαν προ όφελος «ΠΕΠ».

Για περισσότερες πληροφορίες αναφορικά με τα πιο πάνω, μπορείτε να ανατρέξετε στην οδηγία της Κεντρικής Τράπεζας της Κύπρου για Παρεμπόδιση Ξεπλύματος Παράνομου Χρήματος και Χρηματοδότησης της Τρομοκρατίας.

**DATA FOR POLITICALLY EXPOSED PERSONS (PEPs)**

- (1) Politically Exposed Persons (PEPs) are the natural persons who have been or were entrusted with a significant public office in the Republic of Cyprus or in another country, or are members of an administrative body of a political party during the previous 12 months, and their immediate close relatives or persons known to be close associates of such persons.
- (2) The definition of close family environment concerns the spouse, each partner (considered by national law as equivalent to the spouse), parents, children and their spouses/partners.
- (3) Persons known as "close associates" of PEPs include the following persons:
- Any natural person who is known to be a joint beneficial owner of a legal entity and of legal arrangements with a "PEP", or is known to be associated with that person in any other close business relationship.
  - Any natural person is the sole beneficial owner of a legal entity (e.g. company) and legal arrangement (e.g. trust) which have been set up for the benefit of a "PEP".

For more information regarding the above, you can refer to the circular of the Central Bank of Cyprus for the Prevention of Money Laundering and Terrorist Financing.

(α) Ενεργείτε τώρα ή έχετε ενεργήσει κατά τους τελευταίους 12 μήνες με την ιδιότητα «ΠΕΠ»;  
Are you acting now, or have you acted in the last 12 months as a "PEP"?

ΝΑΙ ΟΧΙ  
YES NO

(β) Άτομο του στενού συγγενικού περιβάλλοντος σας κατέχει αυτή την περίοδο ή κατείχε τους τελευταίους 12 μήνες δημόσιο αξίωμα; / Does a person of your close family environment hold or had held in the last 12 months a public office?

ΝΑΙ ΟΧΙ  
YES NO

Σχέση με το «ΠΕΠ» / Relationship with "PEP":  
.....

(γ) Είστε ή υπήρξατε τους τελευταίους 12 μήνες στενός συνεργάτης «ΠΕΠ»;  
Are you currently or have you been in the last 12 months a close partner of "PEP"?

ΝΑΙ ΟΧΙ  
YES NO

Σχέση με το «ΠΕΠ» / Relationship with "PEP":  
.....

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΙΑΤΡΟΥ / PERSONAL DOCTOR'S DETAILS:**

Όνοματεπώνυμο /  
Full Name:  Αρ. Τηλεφώνου /  
Tel. Number

Μέλη οικογένειας / Family Members (Αν επιθυμείτε να συμπεριληφθούν στο σχέδιο / If you wish for them to be included in the scheme)	ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ FULL NAME	ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ OCCUPATION (ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΚΑΘΗΚΟΝΤΩΝ) (DESCRIPTION OF DUTIES)	ΗΜΕΡ. ΓΕΝ / DATE OF BIRTH	ΥΨΟΣ / HEIGHT (CM)	ΒΑΡΟΣ / WEIGHT (KG)
ΣΥΖΥΓΟΣ / SPOUSE					
Αρ. Ταυτότητας / ID. Card No.	Ηλεκτρονική Διεύθυνση / E-mail Address	Τηλέφωνο / Telephone	ΗΜΕΡ. ΓΕΝ / DATE OF BIRTH	ΥΨΟΣ / HEIGHT (CM)	ΒΑΡΟΣ / WEIGHT (KG)
ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΑ / DEPENDANTS					
ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΑ / DEPENDANTS					
ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΑ / DEPENDANTS					
ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΑ / DEPENDANTS					

#### ΠΛΗΡΩΜΗ ΑΠΑΙΤΗΣΕΩΝ ΙΑΤΡΟΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ / PAYMENT OF MEDICAL CLAIMS

(Για πληρωμή των απαιτήσεων σας μέσω του προσωπικού Τραπεζικού σας Λογαριασμού / For claim's payment to be deposited in your personal Bank Account)

Όνομα Κατόχου Λογαριασμού (Υπάλληλος) Account Owner (Employee)	Όνομα Τράπεζας Bank Name	Αρ. Καταστήματος Τράπεζας Branch Bank Number
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
IBAN Number <input type="text"/> CY <input type="text"/>	Προσωπικός Αριθμός Λογαριασμού Personal Account Number <input type="text"/>	

Είστε τώρα ή υπήρξατε ποτέ ασφαλισμένος με την ALTIUS INSURANCE LTD;  
Are you currently, or have you ever been insured with ALTIUS INSURANCE LTD? NAI / YES  OXI / NO

Αν «ΝΑΙ» δώστε λεπτομέρειες / If "YES" please provide details:

Ιατροφαρμακευτική Περίθαλψη / Medical Cover	Ποσό Κάλυψης / Sum Assured	€
Ασφάλεια Ζωής / Death Cover	Ποσό Κάλυψης / Sum Assured	€
Ασφάλεια Μόνιμης Ολικής Ανικανότητας / Permanent Total Disability Cover	Ποσό Κάλυψης / Sum Assured	€
Ασφάλεια Μόνιμης Μερικής Ανικανότητας / Permanent Partial Disability Cover	Ποσό Κάλυψης / Sum Assured	€
Ασφάλεια Θανάτου από Ατύχημα / Accidental Death Cover	Ποσό Κάλυψης / Sum Assured	€
Ασφάλεια Σοβαρών Ασθενειών / Critical Illnesses Cover	Ποσό Κάλυψης / Sum Assured	€

Κάρτα Διεθνούς Ιατρικής Βοήθειας / International Medical Assistance Card NAI / YES  OXI / NO

1. Απορρίφθηκε ποτέ πρόταση σας για οποιοδήποτε είδος ασφάλισης, ή έγινε αποδεκτή με επασφάλιστρο ή ειδικούς όρους; / Has your application for any kind of insurance, ever been rejected or accepted on special terms or with additional charge? NAI / YES  OXI / NO

Εάν «ΝΑΙ» παρακαλούμε δώστε λεπτομέρειες / If "YES" please provide details:

2. Ταξιδεύετε αεροπορικώς ως επιβάτης σε μη δρομολογημένες πτήσεις; / Do you travel by air on other than as a fare paying passenger? NAI / YES  OXI / NO

Αν «ΝΑΙ» παρακαλούμε δώστε λεπτομέρειες / If "YES" please provide details:

3. Έχετε ταξιδέψει τα τελευταία 5 χρόνια ή σκοπεύετε να ταξιδέψετε στους επόμενους 24 μήνες; Δηλώστε την ημερομηνία(ες), χώρα(ες) και το λόγο του κάθε ταξιδιού(ών). / Have you travelled abroad during the last 5 years or do you plan to do so within the next 24 months? Please state date(s), duration and the reason of travel.

ΧΩΡΑ / COUNTRY	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ / DATE
<input type="text"/>	<input type="text"/>

ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ - ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ / MEDICAL HISTORY - QUESTIONS

	ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΣ INSURED		ΣΥΖΥΓΟΣ SPOUSE		ΠΑΙΔΙΑ / CHILDREN							
	ΝΑΙ YES	ΟΧΙ NO	ΝΑΙ YES	ΟΧΙ NO	ΝΑΙ YES	ΟΧΙ NO	ΝΑΙ YES	ΟΧΙ NO	ΝΑΙ YES	ΟΧΙ NO	ΝΑΙ YES	ΟΧΙ NO
1. Η παρούσα κατάσταση της υγείας σας είναι καλή; / Are you in a good health condition at present?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.1 Όνομα, Διεύθυνση και Τηλέφωνο του Οικογενειακού Ιατρού / Name, Address and Telephone Number of Family Doctor.												
(α/α) Ονοματεπώνυμο / Full Name:..... ..... Διεύθυνση / Address:..... ..... Τηλ. / Tel. No:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(β/β) Ονοματεπώνυμο / Full Name:..... ..... Διεύθυνση / Address:..... ..... Τηλ. / Tel. No:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.2 *** Αν δεν έχετε Οικογενειακό Γιατρό, αναφέρετε πιο κάτω όλους τους Γιατρούς που επισκεφθήκατε κατά το τελευταίο έτος / If you do not have a Family Doctor, indicate below all Physicians attended within the last year:												
(α/α) Ονοματεπώνυμο / Full Name:..... ..... Ειδικότητα / Specialty:..... Λόγος επίσκεψης / Reason of Consultation:..... ..... Ημερομηνία / Date:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(β/β) Ονοματεπώνυμο / Full Name:..... ..... Ειδικότητα / Specialty:..... Λόγος επίσκεψης / Reason of Consultation:..... ..... Ημερομηνία / Date:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(γ/γ) Ονοματεπώνυμο / Full Name:..... ..... Ειδικότητα / Specialty:..... Λόγος επίσκεψης / Reason of Consultation:..... ..... Ημερομηνία / Date:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(δ/δ) Ονοματεπώνυμο / Full Name:..... ..... Ειδικότητα / Specialty:..... Λόγος επίσκεψης / Reason of Consultation:..... ..... Ημερομηνία / Date:.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>** ΑΝ ΤΑ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΑ ΜΕΛΗ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΟΥΝΤΑΙ ΑΠΟ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟΥΣ ΑΠΟ ΔΥΟ (2) ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟΥΣ ΓΙΑΤΡΟΥΣ, ΝΑ ΑΝΑΦΕΡΘΟΥΝ ΟΙ ΥΠΟΛΟΙΠΟΙ ΣΤΟΝ ΚΕΝΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΣΕΛΙΔΑΣ ΑΡ. 5 / IF THE INSURED MEMBERS HAVE MORE THAN TWO (2) FAMILY DOCTORS, THE OTHER FAMILY DOCTORS TO BE REFERRED AT THE BLANK SPACE OF PAGE NO. 5</p> <p>*** ΑΝ ΤΑ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΑ ΜΕΛΗ ΔΕΝ ΕΧΟΥΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΓΙΑΤΡΟ ΚΑΙ ΕΧΟΥΝ ΕΠΙΣΚΕΦΘΕΙ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΟΥΣ ΑΠΟ ΤΕΣΣΕΡΙΣ (4) ΓΙΑΤΡΟΥΣ ΚΑΤΑ ΤΟ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟ ΕΤΟΣ, ΝΑ ΑΝΑΦΕΡΘΟΥΝ ΚΑΙ ΟΙ ΥΠΟΛΟΙΠΟΙ ΣΤΟΝ ΚΕΝΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΣΕΛΙΔΑΣ ΑΡ. 5 / IF THE INSURED MEMBERS DO NOT HAVE FAMILY DOCTOR ANY HAVE CONSULTED MORE THAN FOUR (4) DOCTORS DURING THE LAST YEAR, THE REST OF THEM TO BE REFERRED AT THE BLANK SPACE OF PAGE NO. 5</p>												
1.3 Πάσχετε από οποιαδήποτε πνευματική ή σωματική βλάβη / ελάττωμα ή δυσμορφία; / Are you suffering from any mental or body damage / deficit or deformity?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



	ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΣ INSURED		ΣΥΖΥΓΟΣ SPOUSE		ΠΑΙΔΙΑ / CHILDREN							
	ΝΑΙ YES	ΟΧΙ NO	ΝΑΙ YES	ΟΧΙ NO	ΝΑΙ YES	ΟΧΙ NO	ΝΑΙ YES	ΟΧΙ NO	ΝΑΙ YES	ΟΧΙ NO	ΝΑΙ YES	ΟΧΙ NO
<p>2. Υποφέρετε τώρα ή στο παρελθόν ή υποβλήθηκατε σε επέμβαση ή θεραπεία για οποιαδήποτε από τις ακόλουθες ασθένειες ή ανωμαλίες: Καλοήγη ή Κακοήγη Όγκο, Πονοκεφάλους, Ημικρανίες, Ζαλάδες, νευρολογικές και ψυχικές διαταραχές, άσθμα, αλλεργία αναπνευστικού συστήματος, καρδιάς ή αιμοφόρων αγγείων, διαβήτη ή άλλες ορμονικές διαταραχές, ήπατος, στομαχιού, εντέρου, ουροποιητικού και αναπαραγωγικού συστήματος, ρευματισμούς μυών, αρθρώσεων οστών, σπονδυλική στήλη, δέρματος, οποιοσδήποτε άλλες ασθένειες, ανωμαλίες ή/και συμπτώματα που δεν αναφέρονται πιο πάνω;/</p> <p>Do you currently suffer, or have you suffered in the past, or have you undergone any operation and/or treatment in relation to any of the following diseases or disorders: Benign or malignant tumor, headaches, migraines, dizziness, neurological and psychiatric disorders, asthma, allergy, respiratory system, cardiovascular system, diabetes or other endocrinological disorders, liver, stomach, bowel, urinary and reproductive systems, musculoskeletal disorders, vertebral spine, skin, any other disease or/and symptoms which are not mentioned above?</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ΑΝ «ΝΑΙ» ΝΑ ΣΥΜΠΛΗΡΩΘΟΥΝ ΤΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ / IF "YES" DESCRIBE BELOW			
ΟΝΟΜΑ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ/ INSURED NAME	ΦΥΣΗ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΠΟΥ ΕΓΙΝΕ / TYPE OF THE SICKNESS AND ITS TREATEMENT	ΗΜΕΡ. ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟΥ / DATE OF INCIDENT	ΔΙΑΡΚΕΙΑ / DURATION
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

<p>3. Είχατε ποτέ ακολουθήσει ή σας έχει δοθεί ιατρική συμβουλή να ακολουθήσετε νοσοκομειακή ή χειρουργική θεραπεία συμπεριλαμβανομένων εξετάσεων ρουτίνας ή αναλύσεις αίματος; / Have you ever followed or have you been given medical advice to seek hospital or surgical treatment, including check-up or blood analysis?</p> <p>Λόγος / Reason: .....</p> <p>Αποτελέσματα / Results: .....</p> <p>Ημερ. Περιστατικού / Date of Incident: .....</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>4. Είχατε ποτέ εξετασθεί ή κάνει ανάλυση αίματος για την Επίκτητη Ανοσοποιητική Νόσο (AIDS), Ηπατίτιδα Β ή οποιοδήποτε άλλο σεξουαλικά μεταδιδόμενο νόσημα ή έχετε ποτέ απορριφθεί ως αιμοδότης; / Have you ever been tested for the Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS), Hepatitis B or any other sexually transmitted disease or have you ever been rejected as a blood donor?</p> <p>Λεπτομέρειες / Details: .....</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>5. Έχετε κάνει μετάγγιση αίματος, τα τελευταία 5 χρόνια;/ Have you undergone any blood transfusion in the last 5 years?</p> <p>Αν «ΝΑΙ», γιατί; / If "YES", why?.....</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>6. Ήσασταν ποτέ δικαιούχος επιδόματος ή λαμβάνετε τώρα κάποιο επίδομα ολικής ή μερικής ανικανότητας; / Have you ever been a recipient, or currently receiving any total or partial disability allowance?</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>7. Ασχολείστε με οποιοδήποτε άθλημα ή δραστηριότητα; Εάν «ΝΑΙ» δηλώστε εάν ασχολείστε επαγγελματικά ή ερασιτεχνικά και ποιο το είδος του αθλήματος. / Are you engaged in any sports or activity? If "YES" state if this is on a professional or an amateur basis and which sport.</p> <p>.....</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>8. Καταναλώνετε οινοπνευματώδη ποτά; Ημερήσια κατανάλωση:...../ Do you consume alcoholic drinks? Daily consumption: .....</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>9. Καπνίζετε καπνό; Ημερήσια κατανάλωση:..... Do you smoke? Daily consumption: .....</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>10. Οι καταναλωτικές σας συνήθειες σε οινοπνευματώδη ποτά και καπνό έχουν αλλάξει τα τελευταία 5 χρόνια;/ Have your habits in consuming alcoholic drinks or tobacco changed within the last 5 years?</p> <p>Αν απαντήσατε «ΝΑΙ», πως έχουν αλλάξει; / If you answered "YES", how have they changed?</p> <p>.....</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



**Δήλωση αναγνώρισης ενημέρωσης από προτεινόμενους πελάτες σχετικά με τη συλλογή και επεξεργασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα.**

Με την παρούσα δηλώνουμε ότι έχουμε λάβει γνώση ότι η ALTIUS INSURANCE LTD («Η ALTIUS INSURANCE»), όρος που περιλαμβάνει τους διαδόχους και εκδοχείς αυτής) στα πλαίσια της παροχής του παρόντος σχεδίου ασφάλισης αλλά και κατά την διάρκεια αυτού συλλέγει και επεξεργάζεται δεδομένα μας προσωπικού χαρακτήρα τόσο γενικών κατηγοριών (π.χ. Όνομα, στοιχεία επικοινωνίας, ηλικία κ.α.) όσο και ειδικών κατηγοριών (π.χ. δεδομένα που αφορούν την υγεία) τα οποία είναι απαραίτητα για την παροχή του σχεδίου ασφάλισης. Ενημερωθήκαμε επιπλέον, πως λόγω του ότι η επεξεργασία των ειδικών κατηγοριών δεδομένων είναι απαραίτητη για την σύναψη της ασφαλιστικής κάλυψης που αιτούμαστε, αν δεν συναινέσουμε στην επεξεργασία των εν λόγω δεδομένων δεν θα καθιστάται δυνατή η ασφάλιση μας.

Αναγνωρίζουμε επίσης πως στα πλαίσια της σχέσης μας με την ALTIUS INSURANCE η τελευταία θα προβαίνει σε νόμιμη διασύνδεση μεταξύ αρχείων που τηρεί ή θα τηρεί η ALTIUS INSURANCE στο μέλλον και αρχείων που τηρούνται ή θα τηρούνται από τρίτα πρόσωπα ή εταιρείες με τις οποίες συνεργάζεται ή θα συνεργάζεται η ALTIUS INSURANCE στο μέλλον (π.χ. αντασφαλιστές). Τα παραπάνω αρχεία θα τηρούνται από την ALTIUS INSURANCE για την εξέταση οποιοσδήποτε αίτησης μας για τη σύναψη με την ALTIUS INSURANCE οποιοσδήποτε ασφαλιστικού συμβολαίου ή/και την παροχή προς εμάς οποιασδήποτε μορφής ασφαλιστικών υπηρεσιών, τη διεκπεραίωση ή τη διευκόλυνση με οποιονδήποτε τρόπο τέτοιου συμβολαίου ή/και της παροχής προς εμάς των ασφαλιστικών υπηρεσιών και οποιασδήποτε συναλλαγής μας με την ALTIUS INSURANCE.

**Statement of recognition of proposed insured customers in connection with the collection and processing of data of personal nature.**

We hereby declare that we have been informed that ALTIUS INSURANCE LTD ("ALTIUS INSURANCE", a term that includes its successors and assignees) in connection with this insurance policy and also during the period (duration) of the insurance policy, ALTIUS INSURANCE collects and processes general personal data (such as Name, contact details, age etc.) as well as specific categories of personal data (e.g. health related data) that are necessary for the provision of the insurance policy. We have also been informed that due to the fact that the processing of special categories where personal data is necessary for the conclusion of the insurance policy we requested, should we not consent to the processing of such data ALTIUS INSURANCE will not be able to provide us with the insurance cover.

We also acknowledge that in the context of our relationship with ALTIUS INSURANCE, the latter will establish a legal link between the records of personal data that ALTIUS INSURANCE maintains or will maintain in the future and records maintained by third parties, or Companies with which ALTIUS INSURANCE co-operates with (e.g. reinsurers). The above records will be maintained by ALTIUS INSURANCE for the consideration of any application for the conclusion with ALTIUS INSURANCE of any insurance contract and/or the provision to us of any kind of insurance services, the processing or the facilitation in any way of such a contract and/or the provision to us of insurance services and any transaction with ALTIUS INSURANCE.

Μου έχει εξηγηθεί ότι τα προσωπικά δεδομένα θα διατηρούνται από την ALTIUS INSURANCE για το ελάχιστο χρονικό διάστημα σύμφωνα με τις συμβατικές και νομικές υποχρεώσεις της Εταιρείας.

It has been explained to us that personal data will be kept by ALTIUS INSURANCE for the minimum period according to the contractual and legal obligations of the Company.

**Συγκαταθέσεις**

**Consents**

**i. Για Επεξεργασία Ειδικών (Ευαίσθητων) Προσωπικών Δεδομένων**

**i. For the processing of our Special (Sensitive) Personal Data**

**Δήλωση Συγκατάθεσης** στην επεξεργασία των ευαίσθητων προσωπικών μας δεδομένων για τον πιο πάνω σκοπό.

**Consent Statement** to the processing of sensitive personal data for the above purpose.

	Συμφωνώ	Δεν Συμφωνώ
1. Κυρίως Ασφαλισμένος/Ασφαλισμένη	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Σύζυγος	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Εξαρτώμενο 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Εξαρτώμενο 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Εξαρτώμενο 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Εξαρτώμενο 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	I agree	I do not agree
1. Main Insured	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Spouse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Dependant 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Dependant 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Dependant 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Dependant 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**ii. Για Επεξεργασία Γενικών Προσωπικών Δεδομένων**

**ii. For the processing of our General Personal Data**

Μας έχει εξηγηθεί ότι η ALTIUS INSURANCE προσφέρει ευρεία γκάμα ασφαλιστικών προϊόντων τα οποία σχεδιάζονται με σκοπό να ικανοποιήσουν τις εξατομικευμένες ασφαλιστικές μας ανάγκες.

It has been explained to us that ALTIUS INSURANCE offers a wide range of insurance products which are designed to meet our individualized insurance needs.

**Δήλωση Συγκατάθεσης:**

**Consent Statement:**

	Συμφωνώ	Δεν Συμφωνώ
1. Κυρίως Ασφαλισμένος/Ασφαλισμένη	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Σύζυγος	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Εξαρτώμενο 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Εξαρτώμενο 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Εξαρτώμενο 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Εξαρτώμενο 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	I agree	I do not agree
1. Main Insured	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Spouse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Dependant 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Dependant 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Dependant 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Dependant 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Συμφωνώ	Δεν Συμφωνώ
1. Κυρίως Ασφαλισμένος/Ασφαλισμένη	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Σύζυγος	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Εξαρτώμενο 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Εξαρτώμενο 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Εξαρτώμενο 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Εξαρτώμενο 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	I agree	I do not agree
1. Main Insured	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Spouse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Dependant 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Dependant 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Dependant 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Dependant 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Συμφωνώ	Δεν Συμφωνώ
1. Κυρίως Ασφαλισμένος/Ασφαλισμένη	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Σύζυγος	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Εξαρτώμενο 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Εξαρτώμενο 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Εξαρτώμενο 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Εξαρτώμενο 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	I agree	I do not agree
1. Main Insured	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Spouse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Dependant 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Dependant 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Dependant 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Dependant 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Λαμβάνουμε γνώση ότι σύμφωνα με τις πρόνοιες του Γενικού Κανονισμού Προστασίας Δεδομένων όπως ισχύει κάθε φορά, η ALTIUS INSURANCE είναι «ο Υπεύθυνος Επεξεργασίας». Γνωρίζουμε ότι μπορούμε ανά πάσα στιγμή να ανακαλέσουμε τις συγκαταθέσεις που έχουμε δώσει, καθώς και ότι έχουμε δικαιώματα υπό την ιδιότητα μας ως Υποκείμενο των Δεδομένων για τα οποία μπορούμε να ενημερωθούμε από την Πολιτική Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων η οποία βρίσκεται στο [www.altiusinsurance.eu](http://www.altiusinsurance.eu) και/ή να ασκήσουμε επικοινωνώντας με τον Υπεύθυνο Προστασίας Δεδομένων της ALTIUS INSURANCE στο [dpo@altiusinsurance.com.cy](mailto:dpo@altiusinsurance.com.cy), ή στο τηλέφωνο 00357 22379999.

We are aware that according to the provisions of the General Data Protection Regulations which are in force each time, that ALTIUS INSURANCE is the "Process Controller". We know that we can at any time revoke the consent we have given and that we have rights in our capacity as a Data Subject, for which we may be informed by the Privacy Policy Statement at [www.altiusinsurance.eu](http://www.altiusinsurance.eu) and/or by contacting the ALTIUS INSURANCE Data Protection Officer at [dpo@altiusinsurance.com.cy](mailto:dpo@altiusinsurance.com.cy) or at 00357 22379999.

Υπογραφή Κυρίως Ασφαλισμένου Main Insured's Signature  <input style="width: 100%; height: 40px;" type="text"/>	Υπογραφή Συζύγου Spouse's Signature  <input style="width: 100%; height: 40px;" type="text"/>	Υπογραφή Παιδιών, άνω των 18 ετών/ Children's Signature, if 18 years old and above  <input style="width: 100%; height: 40px;" type="text"/> <input style="width: 100%; height: 40px;" type="text"/>
---	---	---

Ημερομηνία / Date  Δεν επιθυμώ την αποστολή οποιοδήποτε διαφημιστικού υλικού / I do not wish to receive any advertising material

**Κ. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΥ ΔΙΑΜΕΣΟΛΑΒΗΤΗ / K. DETAILS OF INSURANCE INTERMEDIARY**

Πλήρες Όνομα / Full Name	<input type="text"/>	Κωδικός Αρ. / Code No.	<input type="text"/>
Διεύθυνση / Address	<input type="text"/>		
Αρ. Πιστ. Εγγραφής / Registration Certificate No.	<input type="text"/>	Αρ. Εγγραφής Εταιρείας (ισχύει μόνο για Εταιρεία) / Company Registration No. (apply only for Co.)	<input type="text"/>
Υπογραφή / Signature	<input type="text"/>	Ιδιότητα / Category	<input type="text"/>
Ημερομηνία / Date	<input type="text"/>	Κωδικός Αρ. Συστήνοντος / Referrer's Code No.	<input type="text"/>

**ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΠΡΟΤΑΣΗΣ ΜΕ ΣΥΣΤΑΣΗ ΜΕΣΩ ΤΡΑΠΕΖΑΣ / IN THE CASE OF A PROPOSAL SUPPORTED BY A BANK REFERENCE**

Πλήρες Όνομα του συστήνοντος / Full Name of referrer	<input type="text"/>	Αρ. Σύστασης / Reference No	<input type="text"/>
Κατάστημα / Branch	<input type="text"/>	Κωδικός Καταστήματος / Branch Code	<input type="text"/>

**ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΥ ΔΙΑΜΕΣΟΛΑΒΗΤΗ / INSURANCE INTERMEDIARY'S REMARKS****ALTIUS INSURANCE LTD**