

PROGRESSIVE EPSILON PLAN

Proposal of Insurance / Πρόταση Ασφάλισης	Ημερομηνία Έκδοσης Date:	
--	-----------------------------	--

POLICY HOLDER/ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΣ		
Company Reg. Number/Αρ. Εγγραφής OR I.D. Number/Αρ. Ταυτότητας		
Correspondence Address/Διεύθυνση Αλληλογραφίας	Post Code/Τ.Κ.	Area/Περιοχή
Telephone Numbers/Τηλέφωνα Email:	Fax/Φαξ	
INSURED/ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΣ		
Male/Άρρεν Female/Θήλυ	Date of birth/Ημ. Γέννησης	
Passport No or ARC No./ Αρ. Διαβατηρίου	Occupation/ Επάγγελμα	
PERIOD OF COVER ΠΕΡΙΟΔΟΣ ΚΑΛΥΨΗΣ	FROM: ΑΠΟ:	UNTIL (Midnight): Μέχρι (Μεσάνυχτα):

SCHEDULE OF BENEFITS / ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΑΡΟΧΩΝ

ΠΟΣΟΣΤΟ ΚΑΛΥΨΗΣ / PERCENTAGE COVER

100%

	€
1. ACCIDENTAL DEATH / ΘΑΝΑΤΟΣ ΑΠΟ ΑΤΥΧΗΜΑ	3,000
2. TRANSPORTATION OF CORPSE/ΜΕΤΑΦΟΡΑ ΣΩΡΟΥ	3,500
3. OCCURRED EXPENSES OF INSURED REPLACEMENT/ ΈΞΟΔΑ ΑΝΤΙΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΥ	1,500

Πιστοποιούμε ότι ο πιο πάνω αναφερόμενος Συμβαλλόμενος έχει υποβάλει στην Εταιρεία μας αίτηση για κάλυψη του Ασφαλιζόμενου.

Η αίτηση έγινε αποδεκτή σύμφωνα με τους όρους και εξαιρέσεις του πιο πάνω ασφαλιστηρίου συμβολαίου. Το ασφαλιστήριο συμβόλαιο θα ανανεώνεται αυτόματα για όλη την περίοδο του Ασφαλιζόμενου στον ανωτέρω Συμβαλλομένου, διατηρώντας πάντα το δικαίωμα αναθεώρησης του ασφαλιστρού και νοουμένου ότι το ασφαλιστρού ανανέωσης θα πληρωθεί.

We certify that the above-named assured has applied to our Company for cover on behalf of the Person Insured.

The application form has been accepted, subject to the Conditions and Exceptions of our policy.

The policy will automatically be renewed on an annual basis, provided that the Person Insured remains under a contract with his Policy Holder, always reserving the right for premium reviewing, subject to the annual premium having been paid.

Δηλώσεις

Δήλωση υγείας

Εγώ, ο προτεινόμενος για ασφάλιση, αιτούμαι ασφάλεια ιατρικών εξόδων, σύμφωνα με τους όρους, προϋποθέσεις και εξαιρέσεις που επισυνάπτονται και δηλώνω ότι έχω διαβάσει και έχω κατανοήσει πλήρως και τις αποδέχομαι. Επίσης δηλώνω ότι είμαι σε καλή κατάσταση υγείας και δεν υποφέρω από οποιαδήποτε ασθένεια ή από οποιαδήποτε πνευματική ή φυσική διαταραχή, και δεν υποβάλλομαι τη δεδομένη περίοδο σε οποιαδήποτε θεραπεία, ούτε παίρνω οποιαδήποτε φαρμακευτική αγωγή. Εάν διαφανεί ότι αυτή η δήλωση είναι ψευδής, η Progressive Insurance Company Ltd έχει το δικαίωμα να αρνηθεί να πληρώσει οποιαδήποτε απαίτηση ή/και οποιαδήποτε επιστροφή χρημάτων από οποιαδήποτε πληρωμένα ποσά ή/και να τερματίσει ή/και να τροποποιήσει τους όρους της ασφάλισης μου. Σημείωση: Σε περίπτωση που ο προτεινόμενος για ασφάλιση είναι ανήλικος, η δήλωση πρέπει να υπογράφεται από τον Συμβαλλόμενο ή από το νόμιμο κηδεμόνα.

Ασφαλισμένος:Όνομα:Υπογραφή:.....Ημερομηνία:

Δηλώνω ότι είμαι εξουσιοδοτημένος από τον Προτεινόμενο για Ασφάλιση να συμπληρώσω ή/και να υπογράψω την πιο πάνω δήλωση εκ μέρους του και διαβεβαιώνω ότι όλες οι πληροφορίες ή/και απαντήσεις στην πρόταση για ασφάλιση είναι συμπληρωμένες σύμφωνα με τις οδηγίες του Προτεινόμενου για ασφάλιση και επίσης δεν υπάρχουν άλλες πληροφορίες που σχετίζονται ή είναι απαραίτητα για τους σκοπούς της παρούσας πρότασης.

Συμβαλλόμενος:Όνομα:Υπογραφή:.....Ημερομηνία:

Η Progressive Insurance Company Ltd (από το εξής «η Εταιρεία») θα παρέχει τα δικαιώματα του συμβολαίου σύμφωνα με τους όρους, προϋποθέσεις, προνόμια και εξαιρέσεις όπως περιγράφονται σε αυτό. Με βάση αυτό το συμβόλαιο και λαμβάνοντας υπόψη την πληρωμή του ασφαλιστρού και σύμφωνα με τους όρους, προϋποθέσεις, εξαιρέσεις και κανονισμούς που εμπεριέχονται σε αυτό το συμβόλαιο ή/και έχουν τροποποιηθεί ή έχουν άλλως επεξηγηθεί εδώ, η Εταιρεία αναλαμβάνει την υποχρέωση ότι κατά τη διάρκεια του συμβολαίου από ανανέωση, εάν ο ασφαλισμένος υποφέρει από οποιαδήποτε ασθένεια ή εάν υποστεί οποιοδήποτε ατύχημα όπως επίσης και κατά τον τοκετό ενώ βρίσκεται στην Κύπρο, για κάλυψη των ιατρικών εξόδων όπως αναγράφονται σε αυτό τον πίνακα.

Δήλωση συναίνεσης και βεβαίωση παραλαβής των πληροφοριών του πελάτη σε σχέση με τη συλλογή και επεξεργασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα.

Με την παρούσα χορηγώ στην Progressive Insurance Company Ltd (“Progressive Insurance”, περιλαμβάνει όλους τους διαδόχους και εκδοχείς) τη ρητή και ανεπιφύλακτη συγκατάθεση μου και εξουσιοδοτώ την Progressive Insurance Company Ltd να διατηρεί σε ηλεκτρονικό ή/και άλλο τύπο, αρχεία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα, στα οποία θα είναι καταχωρημένα στοιχεία που με αφορούν που θα δηλωθούν από εμένα ή από αντιπρόσωπο που εξουσιοδοτώ εγώ, ή από οποιαδήποτε άλλη πηγή που μπορεί να προκύψει από τη σχέση που προκύπτει μεταξύ μου και της Progressive Insurance Company Ltd.

Η συγκατάθεση μου και η νομική σύνδεση των αρχείων που διατηρείται ή που θα διατηρείται μελλοντικά από τρίτους ή από εταιρείες που συνεργάζεται ή που θα συνεργαστεί στο μέλλον η Progressive Insurance Company Ltd καλύπτει οποιαδήποτε περαιτέρω επεξεργασία των δεδομένων.

Τα πιο πάνω αρχεία θα διατηρούνται από την Progressive Insurance Company Ltd για εξέταση οποιασδήποτε αίτησης μου για ασφάλιση καταχωρηθεί από εμένα ή/και για την παροχή προς εμένα οποιασδήποτε μορφής ασφαλιστικών υπηρεσιών, την επεξεργασία ή τη διευκόλυνση με οποιοδήποτε τρόπο ενός συμβολαίου ή/και παροχής προς εμένα ασφαλιστικών υπηρεσιών και οποιασδήποτε άλλης συναλλαγής με την Progressive Insurance Company Ltd καθώς και την ενημέρωσή μου οποιωνδήποτε διαφημίσεων ή/και άλλων ενημερωτικών πληροφοριών.

Τα προσωπικά δεδομένα που συμπεριλαμβάνονται στα προαναφερθέντα αρχεία και σε οποιοδήποτε μέρος αυτών, μπορούν να ανακοινωθούν ή/και να διαβιβαστούν στους υπαλλήλους της Progressive Insurance Company Ltd, σε οποιοσδήποτε προσφέρουν υπηρεσίες στην Progressive Insurance Company Ltd σχετικά με το σύστημα επεξεργασίας ηλεκτρονικών δεδομένων ή/και με άλλες υπηρεσίες που υποστηρίζουν τις λειτουργίες της Progressive Insurance Company Ltd, καθώς και στους αντιπροσώπους της Progressive Insurance Company Ltd.

ΔΗΛΩΣΗ

Δηλώνω υπεύθυνα ότι όλες οι απαντήσεις που δόθηκαν από εμένα πιο πάνω είναι αληθείς και ολοκληρωμένες και δεν έχω παραλείψει να αναφέρω οποιαδήποτε πληροφορία ή δεδομένο το οποίο πιθανόν να επηρεάσει τη μελέτη ή την αποδοχή της πρότασης μου για ασφάλιση. Συμφωνώ ότι αυτή η πρόταση για ασφάλιση καθώς και οποιεσδήποτε άλλες δηλώσεις έχω υπογράψει, θέτουν τη βάση για το συμβόλαιο μου. Εξουσιοδοτώ την Progressive Insurance Company Ltd να επικοινωνήσει με οποιαδήποτε άλλη ασφαλιστική εταιρεία σχετικά με οτιδήποτε αφορά ασφάλειες μου για ζωή, υγεία και προσωπικά ατυχήματα ή/και με γιατρούς ή/και κλινικές για πληροφορίες σχετικά με την κατάσταση της υγείας μου. Με την παρούσα γνωστοποιώ ότι σύμφωνα με τις διατάξεις περί Επεξεργασίας των Προσωπικών Δεδομένων (Προστασία του Ατόμου) Νόμοι του 2001-2012, όπως ισχύει από καιρού εις καιρό, η Progressive Insurance Company Ltd είναι αυτή που ονομάζεται σαν "Υπεύθυνη για την Επεξεργασία".

Παρακαλώ σημειώστε ότι:

A) Η ασφαλιστική κάλυψη δεν τίθεται σε ισχύ έως ότου η Progressive Insurance Company Ltd αποδεχτεί τον κίνδυνο. Σε περίπτωση μη αποδοχής του κινδύνου από την Εταιρεία, οποιαδήποτε πληρωμή θα επιστραφεί στον αιτητή.

B) Η Progressive Insurance Company Ltd διατηρεί το δικαίωμα να απορρίψει οποιαδήποτε πρόταση για ασφάλιση.

Όνομα Συμβαλλόμενου _____ Υπογραφή Συμβαλλόμενου _____
Ημερομηνία _____

Σημείωση: Όλες οι σημειώσεις πρέπει να απευθύνονται εγγράφως στα Κεντρικά Γραφεία της Progressive Insurance Company Ltd.

Αριθμός Εντύπου: E-MDE-PC-1	Έκδοση:1 ^η	Ημερομηνία: 07/10/2020
Έγκριση εντύπου από: Τ.Χ		