

**ΠΡΟΤΑΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΤΑΞΙΔΙΟΥ
 TRAVEL INSURANCE PROPOSAL FORM**

1. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ / INSURED'S DETAILS

Όνοματεπώνυμο Full name		
Αρ. Ταυτότητας / Αρ. Εγγραφής ID Card No. / Registration No.	Αρ. Διαβατηρίου Passport No.	
Ημερ. Γέννησης Date of Birth /..... /.....	Φύλο Gender
Διεύθυνση Αλληλογραφίας Correspondence Address	Επαρχία District	Ταχ. Κώδικας Postal Code
Τηλέφωνο Επικοινωνίας Contact Telephone	Ηλ. Ταχυδρομείο E-mail	

2. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΑΞΙΔΙΟΥ / TRAVEL DETAILS

Προορισμός Destination	Σκοπός Ταξιδιού Travel Purpose
---------------------------	-----------------------------------

3. ΠΕΡΙΟΔΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ / PERIOD OF INSURANCE

Έναρξη/ Commencing on: /..... /..... Λήξη/ Expiring on: /..... /.....

4. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΥΝΤΑΞΙΔΙΩΤΩΝ / CO-TRAVELLERS' DETAILS

Συμπληρώστε τα στοιχεία των συνταξιδιωτών σας.
 Fill in your co-travellers' details.

	Μέλος 1/Member 1	Μέλος 2/Member 2	Μέλος 3/Member 3	Μέλος 4/Member 4
Όνοματεπώνυμο Full name				
Αρ. Ταυτότητας ID Card No.				
Αρ. Διαβατηρίου Passport No.				
Ημερ. Γέννησης Date of Birth /..... /..... /..... /..... /..... /..... /..... /.....
Φύλο Gender				
Σχέση με τον Ασφαλισμένο Relationship with the Insured				

5. ΔΗΛΩΣΗ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΙΣΤΟΡΙΚΟΥ/ MEDICAL HISTORY STATEMENT

Είχατε ή έχετε εσείς ή κάποιος συνταξιδιώτης σας προβλήματα υγείας ή οποιοδήποτε φυσικό ελάττωμα ή αναπηρία; Αν ναι, δώστε λεπτομέρειες / Have you or any of your co-travelers ever suffered or are you/they suffering from any medical condition, disease, physical disorder or disability? If yes, give details.

Ναι/ Yes Όχι / No

6. ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΚΑΛΥΨΗ / INSURANCE COVER

Επιλέξτε ένα από τα πιο κάτω σχέδια / Select one of the following plans.

Σχέδιο / Plan A	Σχέδιο / Plan B	Σχέδιο / Plan C	Σχέδιο / Plan D	Schengen VISA Plan
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

Συμφωνώ ότι η πρόταση και δήλωση αυτή αποτελεί τη βάση του ασφαλιστηρίου εγγράφου μεταξύ μου και της Ασφαλιστικής Εταιρείας **ATLANTIC Insurance Co. Public Ltd** και θα θεωρείται ως να ενσωματώνεται στο ασφαλιστήριο που θα εκδοθεί.

Υπογραφή Ασφαλισμένου:
 Signature of the Insured:

DECLARATION

I agree that this proposal and declaration shall form the basis of the insurance contract between myself and **ATLANTIC Insurance Co. Public Ltd** and will be considered as forming part of the Policy to be issued.

Ημερομηνία:
 Date: /..... /.....