

**APPLICATION FORM FOR CREW INSURANCE /
ΑΙΤΗΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΠΛΗΡΩΜΑΤΟΣ ΠΛΟΙΟΥ**

VESSEL'S DETAILS / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΛΟΙΟΥ

Agent / Broker's Code No. /
Κωδικός συνεργάτη: _____

VESSEL'S NAME /
ΟΝΟΜΑ ΠΛΟΙΟΥ: _____ EX NAME /
ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΟ ΟΝΟΜΑ: _____

BUILT / ΕΤΟΣ ΚΑΤΑΣΚΕΥΗΣ: _____ D.W.T.: _____ G.R.T.: _____

PORT OF REGISTRY & No. / ΛΙΜΕΝΑΣ & ΑΡΙΘ. ΝΗΟΛΟΓΙΟΥ: _____

TYPE / ΕΙΔΟΣ ΠΛΟΙΟΥ: _____ FLAG / ΣΗΜΑΙΑ: _____ IMO: _____

OWNERS (APPLICANT) /
ΠΛΟΙΟΚΤΗΤΡΙΑ ΕΤΑΙΡΕΙΑ (ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΣ): _____

ADDRESS / ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: _____

TEL. / ΤΗΛ: _____ FAX / ΦΑΞ: _____

MANAGERS / ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΤΡΙΑ ΕΤΑΙΡΕΙΑ: _____

ADDRESS / ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: _____

TEL. / ΤΗΛ: _____ FAX / ΦΑΞ: _____

TAX No. / Α.Φ.Μ.: _____ TAX REVENUE OFFICE / Δ.Ο.Υ.: _____

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΛΗΡΩΜΑΤΟΣ / CREW DETAILS

CREW COMPOSITION / ΣΥΝΘΕΣΗ ΠΛΗΡΩΜΑΤΟΣ

GREEKS / ΕΛΛΗΝΕΣ: _____ NON GREEKS / ΑΛΛΟΔΑΠΟΙ: _____

CAPTAIN & 1ST ENGINEER / ΠΛΟΙΑΡΧΟΣ & Α ΜΗΧΑΝΙΚΟΣ: _____

OTHER OFFICERS / ΛΟΙΠΟΙ ΑΞΙΩΜΑΤΙΚΟΙ: _____

OTHER CREW / ΚΑΤΩΤΕΡΟ ΠΛΗΡΩΜΑ: _____

DOES THE CREW HAS FIT FOR DUTY CERTIFICATES (HEALTH CARDS)? / ΔΙΑΘΕΤΕΙ ΤΟ ΠΛΗΡΩΜΑ ΤΟΥ ΠΛΟΙΟΥ
ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΑ ΚΑΤΑΛΛΗΛΟΤΗΤΑΣ (ΚΑΡΤΑ ΥΓΕΙΑΣ); YES / ΝΑΙ NO / ΟΧΙ

OTHER DETAILS / ΛΟΙΠΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

VESSEL'S CLASSIFICATION SOCIETY /
ΝΗΟΓΝΩΜΟΝΑΣ ΠΟΥ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΕΙ ΤΟ ΠΛΟΙΟ: _____



CERTIFICATION BY ISM CODE? / ΥΠΑΡΧΕΙ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΣΗ ΚΑΤΑ ISM CODE; YES/ΝΑΙ NO/ΟΧΙ

IS THERE A CURRENT P&I COVER? / ΥΠΑΡΧΕΙ ΕΝ ΙΣΧΥ ΚΑΛΥΨΗ P&I; YES/ΝΑΙ NO/ΟΧΙ

IF YES, PLEASE NAME THE P&I CLUB /

ΑΝ ΝΑΙ, ΑΝΑΦΕΡΑΤΕ ΕΠΩΝΥΜΙΑ ΤΟΥ CLUB / ΑΣΦΑΛΙΣΤΗ: _____

WHAT IS THE P&I DEDUCTIBLE AGAINST CREW LIABILITY? / ΠΟΙΑ ΑΠΑΛΛΑΓΗ ΙΣΧΥΕΙ ΣΤΗΝ ΚΑΛΥΨΗ ΤΟΥ P&I CLUB ΓΙΑ ΤΙΣ ΑΠΑΙΤΗΣΕΙΣ ΕΥΘΥΝΗΣ ΠΡΟΣ ΤΟ ΠΛΗΡΩΜΑ; : _____

OPERATING AREAS OF THE VESSEL /

ΣΥΝΗΘΕΙΣ ΠΕΡΙΟΧΕΣ ΠΛΟΩΝ ΤΟΥ ΠΛΟΙΟΥ: _____

INSURANCE PERIOD / ΠΕΡΙΟΔΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ: _____

TYPE OF COVERS REQUIRED / ΑΙΤΟΥΜΕΝΟ ΕΙΔΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗΣ ΚΑΛΥΨΗΣ: _____

ACCIDENTS ONLY / ACCIDENTS & ILLNESS / REPATRIATION & REPLACEMENT /

ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ ΜΟΝΟ: ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ & ΑΣΘΕΝΕΙΑ: ΠΑΛΙΝΝΟΣΤΗΣΗ & ΑΝΤΙΚΑΤΑΣΤΑΣΗ:

DETAILS OF MANAGING COMPANY'S LEGAL REPRESENTATIVE / ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΝΟΜΙΜΟΥ ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΥ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΤΡΙΑΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ

LAST NAME / ΕΠΩΝΥΜΟ: _____ NAME / ΟΝΟΜΑ: _____ FATHER'S NAME / ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ: _____

HOW MANY YEARS DOES THE REPRESENTATIVE ENGAGE WITH VESSELS' MANAGEMENT? /

ΕΠΙ ΠΟΣΑ ΕΤΗ Ο ΕΚΠΡΟΣΩΠΟΣ ΤΗΣ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΤΡΙΑΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΑΣΧΟΛΕΙΤΑΙ ΜΕ ΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΠΛΟΙΩΝ;
YEARS / ΕΤΗ: _____

PAST CREW INSURANCE / ΕΧΕΤΕ ΑΣΦΑΛΙΣΕΙ ΚΑΤΑ ΤΟ ΠΑΡΕΛΘΟΝ ΤΟ ΠΛΗΡΩΜΑ ΤΟΥ ΙΔΙΟΥ ή ΑΛΛΟΥ ΥΠΟ ΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΣΑΣ ΠΛΟΙΟΥ ΣΕ ΑΛΛΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ; YES/ΝΑΙ NO/ΟΧΙ

IF YES, DID THIS INSURANCE HAS BEEN CANCELLED? /

ΑΝ ΝΑΙ, ΑΥΤΗ Η ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΑΚΥΡΩΘΗΚΕ; YES/ΝΑΙ NO/ΟΧΙ

DID IT RENEW AFTER ITS EXPIRY? /

ΑΝΑΝΕΩΘΗΚΕ ΜΕΤΑ ΤΗ ΛΗΞΗ ΤΗΣ; YES/ΝΑΙ NO/ΟΧΙ

OWNERS AND MANAGERS CLAIMS RECORD FOR THE LAST 3 YEARS / ΠΟΙΟ ΤΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΠΑΙΤΗΣΕΩΝ ΠΛΗΡΩΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΠΛΟΙΟΚΤΗΤΡΙΑΣ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΤΡΙΑΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ ΤΡΙΕΤΙΑ;



PLEASE NAME OTHER VESSELS UNDER YOUR MANAGEMENT / ΠΑΡΑΚΑΛΟΥΜΕ ΑΝΑΦΕΡΑΤΕ ΑΛΛΑ ΠΛΟΙΑ ΥΠΟ ΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΣΑΣ:

Declaration / Δήλωση

I/we warrant that the information provided in this Application for Insurance is complete and accurate and to the best of my/our knowledge and belief. It is my/our understanding the Insurers shall rely upon the information and representations listed herein in determining the acceptability, Premium and Conditions of Insurance.

Εγγυούμαι πως οι πληροφορίες που παρέχονται στην παρούσα Αίτηση Ασφάλισης είναι πλήρεις, ακριβείς και εις γνώση μου. Κατανοώ πως οι Ασφαλιστές θα βασιστούν σε αυτές τις πληροφορίες και δηλώσεις, οι οποίες θα προσδιορίσουν την αποδοχή, ασφάλιστρα και όρους της ασφάλισης.

It is understood that any misrepresentation or omission shall constitute grounds for immediate cancellation of Insurance and denial of claims for recovery, if any.

Είναι κατανοητό πως οποιαδήποτε διαστρέβλωση ή παράλειψη αποτελεί λόγο για άμεση ακύρωση της ασφάλισης και της άρνησης των οιοδήποτε αξιώσεων για ανάκτηση αυτής.

It is further noted and understood that the applicant is under a continuing obligation immediately to notify Blue Aigaion Insurance Solutions of any material alteration to the nature, extent or size of the operation as described herein.

Επίσης, σημειώνεται και γίνεται κατανοητό πως ο αιτών έχει την συνεχή υποχρέωση αν κοινοποιεί άμεσα στην Blue Aigaion Insurance Solutions, οποιαδήποτε ουσιώδη μεταβολή στη φύση, έκταση και μέγεθος της δραστηριότητας ως αυτή περιγράφεται στο παρόν.

This Application Form shall be deemed to be attached and forms the basis of the Cover Note between the Assured and Blue Aigaion Insurance Solutions.

Το παρόν έντυπο αίτησης, θα πρέπει να θεωρηθεί πως αποτελεί και ορίζει τη βάση του Cover Note μεταξύ του Ασφαλιζόμενου και της Blue Aigaion Insurance Solutions.

Name of Applicant & Title /
Όνομα Αιτούντος & Τίτλος:

Signature / Υπογραφή:

Date / Ημερομηνία:

