



YACHTSURE

Yacht Crew P.A. & Medical expenses quotation request form

Name of Vessel	<input type="text"/>
Name of Insured	<input type="text"/>
Address of the Insured	<input type="text"/>
Port of Registry	<input type="text"/>
Flag	<input type="text"/>
Number of Crew	<input type="text"/>
Number of Guests	<input type="text"/>
Geographical Limit Required (Please tick):	
Worldwide Excluding USA, Canada & Caribbean	<input type="checkbox"/>
Worldwide Including USA, Canada & Caribbean	<input type="checkbox"/>
Please state currency required	<input type="text"/>
(Note: We can only issue documents in GBP, EUR or USD)	

Important Note: Cover excludes all previous illnesses and disabilities

Sections 1-1.4 - Personal Accident

Please advise limit required per crew member in chosen currency |
 Maximum Limit per crew member GBP 375,000 / EUR 375,000 / USD 375,000

Section 1.5 – Temporary Total Disablement (By Accident Only)

Limit per crew member required per week |
 Maximum Limit per week GBP 3,000 / EUR 4,500 / USD 4,500 per crew member
Please note we can consider terms for TTD By Illness & crew members with higher weekly wages if required subject to referral to our leading underwriter.

Section 2-2.3 - Medical Expenses & Repatriation

Please advise limit required per crew member in chosen currency |
 Maximum Limit per crew member GBP 500,000 / EUR 500,000 / USD 750,000

Section 2.4 – Crew Replacement

Please advise limit required per crew member in chosen currency |
 Maximum Limit per crew member GBP 5,000 / EUR 5,000 / USD 7,500

Section 2.5 – Baggage & Personal Effects

Please advise limit required for the vessel in chosen currency |
 Maximum Limit per vessel GBP 30,000 / EUR 30,000 / USD 45,000

Period to



YACHTSURE

Yacht Crew P.A. & Medical expenses quotation request form

DATA PROTECTION STATEMENT

Hiscox MGA Ltd will use the information that you supply to administer your policy and deal with any claims. In addition your information will be used for the purposes of business development and trend, business and market analysis. Your information will be kept for as long as is required by the business for these purposes. Where appropriate we will make checks with a licensed credit referencing agency and a record of any search will be made. Your details may be shared with insurance companies and members of the Lloyd's market for the purposes of administering your policy and for dealing with any claims. We also exchange information with other approved organizations for underwriting and fraud prevention purposes. We will only reveal your personal data to other third parties if it is necessary for the performance of your agreement with us, you have given your consent or it is required or permitted by law. You can request a copy of the details that we hold about you. In the course of providing you with the services you have requested your data may be transferred to countries outside the European Economic Area. Although the data protection laws in some of these countries may not be as rigorous as those of the UK, we always take steps to ensure the security of your data.

We will not supply your personal information to any third party for the purposes of marketing and we will not contact you with details of any services or special offers that might be of interest to you.

Statement of Fact

We require that you confirm that the statements listed above are true and accurate at the date stated below:

Signed:	
Dated:	

Συγκατάθεση για τη χρήση πληροφοριών

Η General Cover insurance Brokers θα χρησιμοποιήσει τις πληροφορίες που παρέχονται στο παρόν για τη διαχείριση του ασφαλιστηρίου συμβολαίου, συμπεριλαμβανομένων των αναδοχών και των απαιτήσεων Χειρισμός, ή Αντιμετώπιση. Αυτό μπορεί να περιλαμβάνει τη γνωστοποίησή του σε άλλους ασφαλιστές, ρυθμιστικές αρχές ή στους πράκτορες του ασφαλιστή για λογαριασμό τους.

Ο ασφαλιστής μπορεί να παράσχει, κατόπιν αιτήματος, περισσότερες λεπτομέρειες μέσω των βάσεων δεδομένων στις οποίες έχει πρόσβαση ή συνεισφέρει.

Δήλωση

Ο κάτωθι υπογεγραμμένος επιβεβαιώνει ότι είμαι δεόντως εξουσιοδοτημένος και δίνω συγκατάθεση για τη χρήση των πληροφοριών όπως ορίζεται ανωτέρω.

Επίσης δηλώνω ότι είμαι εξουσιοδοτημένος να ολοκληρώσω αυτήν την πρόταση εξ ονόματος του προτείνοντος. Αναλαμβάνω να ενημερώσω τον ασφαλιστή για οποιασδήποτε ουσιώδη τροποποίηση ή προσθήκη σε αυτές τις δηλώσεις ή στοιχεία που εμφανίζονται πριν από την έναρξη της περιόδου ασφάλισης. Αναγνωρίζεται και συμφωνείται ότι οι όροι υπόκεινται σε περιορισμούς και οι εξαιρέσεις από την πολιτική ενδέχεται να υποστούν αλλαγές οποιαδήποτε στιγμή πριν από την έναρξη της περιόδου ασφάλισης αν θα πρέπει να προκύψουν τέτοιες υλικές τροποποιήσεις ή προσθήκες. Η υπογραφή αυτής της πρότασης δεν δεσμεύει τον ασφαλιστή να δώσει προσφορά, ούτε ο αιτών να δεχθεί την ασφάλιση.

Υπογραφή *

Όνομα

Θέση της εταιρείας

Ημερομηνία

* ο υπογράφων θα πρέπει να είναι διευθυντής ή ανώτερος υπάλληλος της εταιρείας ή ο ασφαλιζόμενος