



	Where YES, mention Nr of question and describe/ <i>Αν ΝΑΙ, αναφέρατε αρ. ερωτήσεων και περιγράψτε:</i>
14.	In which therapy area does the drug belong? <i>Σε ποια κατηγορία θεραπείας ανήκει το φάρμακο;</i>
	<input type="checkbox"/> Antibiotics/ <i>Αντιβιοτικό</i> <input type="checkbox"/> Anti-inflammatory/ <i>Αντιφλεγμονώδες</i> <input type="checkbox"/> Cardiovascular/ <i>Καρδιαγγειακό</i> <input type="checkbox"/> Gynecological/ <i>Γυναικολογικό</i> <input type="checkbox"/> Vaccine/ <i>Εμβόλιο</i> <input type="checkbox"/> IAA / HIV <input type="checkbox"/> Cancer/ <i>Καρκίνος</i> <input type="checkbox"/> Other (specify)/ <i>Άλλο (αναφέρατε):</i>

**Please attach the Clinical Trials Protocol/ Παρακαλούμε επισυνάψτε το Πρωτόκολλο Κλινικών Δοκιμών**

I declare that the statements and particulars in this Proposal are true and that I/We have not mis-stated or suppressed any material facts. In case insurance cover is concluded, I/We agree that this Proposal together with any other information supplied by me/us shall form the basis of any Contract of Insurance effected thereon./

*Δηλώνεται πως οι παραπάνω απαντήσεις και πληροφορίες είναι αληθείς και δεν έχει συγκαλυφθεί ή σκόπιμα διατυπωθεί εσφαλμένα κάποιο ουσιώδες στοιχείο. Στην περίπτωση που συναφθεί ασφαλιστική κάλυψη, συμφωνείται η Πρόταση αυτή να αποτελέσει την βάση Ασφαλιστηρίου Συμβολαίου στα πλαίσια του οποίου αναλαμβάνω την υποχρέωση να ενημερώνω την Ασφαλιστική Εταιρεία για οποιαδήποτε ουσιώδη μεταβολή στα δηλωθέντα στοιχεία της Πρότασης.*

Date / Ημερομηνία ..... / ..... / .....

Signature / Name (Partner/Principal/Director):  
Υπογραφή / Ονοματεπώνυμο (Εταίρος ή Διευθυντής)