

Cyprus Choice

ΠΡΟΤΑΣΗ ΓΙΑ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΙΑΤΡΟΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ

Σημαντική σημείωση:

Παρακαλείστε όπως βεβαιωθείτε ότι έχετε αποκαλύψει και παρουσιάσει όλα τα ουσιώδη γεγονότα, τα οποία θα αποτελέσουν τη βάση του Ασφαλιστηρίου Συμβολαίου. Σε αντίθετη περίπτωση, το ασφαλιστήριο που θα εκδοθεί μπορεί να καταστεί άκυρο. Ουσιώδες γεγονός είναι αυτό το οποίο μπορεί να επηρεάσει την αξιολόγηση ή/και αποδοχή του ασφαλιστικού ρίσκου και/ή κινδύνου που αναλαμβάνεται από την Κόσμος Ασφαλιστική Εταιρεία Δημόσια Λτδ («Κόσμος»). Σε περίπτωση αμφιβολίας για το κατά πόσο ένα γεγονός είναι ουσιώδες ή όχι, παρακαλούμε όπως το αποκαλύψετε στην πρόταση αυτή.

1. Παρακαλείστε όπως συμπληρώσετε αυτήν την Αίτηση με ΚΕΦΑΛΑΙΑ ΓΡΑΜΜΑΤΑ, με ΜΠΛΕ/ΜΑΥΡΟ μελάνι. Τυχόν διορθώσεις πρέπει να μονογράφονται/υπογράφονται από αυτόν που υπογράφει την αίτηση ή να συμπληρώνεται νέα αίτηση. Η χρήση διορθωτικού υγρού δεν επιτρέπεται.
2. Όλες οι αιτήσεις υπόκεινται σε αξιολόγηση.
3. Παρακαλώ σημειώστε ✓ στο αντίστοιχο κουτάκι και διαγράψτε ότι δεν εφαρμόζεται.

Επιλογή Σχεδίου

Ανατρέξτε στον Οδηγό Μέλους και στον Πίνακα Παροχών για πλήρεις λεπτομέρειες.

Γεωγραφική Περιοχή Κάλυψης:	Παγκόσμια συμπεριλαμβανομένων Η.Π.Α: <input type="checkbox"/>	Παγκόσμια εξαιρουμένων Η.Π.Α: <input type="checkbox"/>	Κύπρος, Ευρώπη & Ισραήλ: <input type="checkbox"/>
------------------------------------	---	--	---

Βασική κάλυψη:	Basic: <input type="checkbox"/>	Select: <input type="checkbox"/>	Classic: <input type="checkbox"/>	Premier: <input type="checkbox"/>
Εξωνοσοκομειακή κάλυψη:	Basic: <input type="checkbox"/>	Select: <input type="checkbox"/>	Classic: <input type="checkbox"/>	Premier: <input type="checkbox"/>

Προαιρετικά Πακέτα Καλύψεων

Όραση και Οδοντιατρική φροντίδα:	Επιλογή 1: <input type="checkbox"/>	Επιλογή 2: <input type="checkbox"/>				
Όραση, Οδοντιατρική φροντίδα και Μητρότητα	Επιλογή 1: <input type="checkbox"/>	Επιλογή 2: <input type="checkbox"/>				
Αφαιρετέο Ποσό:	€85 <input type="checkbox"/>	€150 <input type="checkbox"/>	€300 <input type="checkbox"/>	€500 <input type="checkbox"/>	€1.000 <input type="checkbox"/>	€2.000 <input type="checkbox"/>
Συνασφαλίσεις:	80% αποζημίωση ως εσωτερικός ασθενής (Πρόγραμμα Βασικής Κάλυψης) <input type="checkbox"/>	20% συνασφάλιση ως εξωτερικός ασθενής (Πρόγραμμα εξωνοσοκομειακής κάλυψης) <input type="checkbox"/>				

Στοιχεία Συμβαλλόμενου / Αιτητή

Όνοματεπώνυμο / Επωνυμία Εταιρείας			
Αριθμός Ταυτότητας/ Αρ. Διαβατηρίου/ Αρ. Εγγραφής Εταιρείας			
Εθνικότητα		Ημερομηνία Γέννησης (ηη/μμ/χχχχ)	
Διεύθυνση Διαμονής			
Ταχυδρομικός Κώδικας	Πόλη	Αριθμός τηλεφώνου κατοικίας	Αριθμός κινητού τηλεφώνου
Ηλεκτρονική Διεύθυνση			
Διεύθυνση Αλληλογραφίας (Στην περίπτωση όπου είναι διαφορετική από την πιο πάνω)			
Ταχυδρομικός Κώδικας	Πόλη		

Στοιχεία Κυρίως Ασφαλισμένου

1. Τίτλος (Κύριος/Κυρία/Δεσποινίς)		2. Επίθετο		3. Όνομα	
4. Αρ. Διαβατηρίου			4α. Αριθμός Ταυτότητας		
5. Ημερομηνία Γέννησης (ηη/μμ/χχχχ)		6. Φύλο (Α/Θ)		7. Ύψος	
8. Βάρος		9. Εθνικότητα		10. Χώρα Διαμονής	
11. Οικογενειακή κατάσταση		Ελεύθερος/η <input type="checkbox"/>	Παντρεμένος/η <input type="checkbox"/>	Χήρος/ Χήρα <input type="checkbox"/>	Διαζευγμένος /η <input type="checkbox"/>
12. Διεύθυνση Διαμονής				Ταχυδρομικός Κώδικας	
13. Διεύθυνση Αλληλογραφίας (Στην περίπτωση όπου είναι διαφορετική από την πιο πάνω)				Ταχυδρομικός Κώδικας	
14. Ηλεκτρονική Διεύθυνση			15. Αριθμός τηλεφώνου κατοικίας		16. Αριθμός τηλεφώνου εργασίας
17. Αριθμός κινητού τηλεφώνου		18. Επάγγελμα			

Στοιχεία Δικαιούχων Εξαρτώμενων Προσώπων

	Επίθετο	Όνομα	Φύλο (Α/Θ)	Εθνικότητα	Αρ. Ταυτότητας/ Αρ. Διαβατηρίου/ Αρ. Πιστοποιητικού Γέννησης	Ημερομηνία Γέννησης (ηη/μμ/χχχχ)	Ύψος	Βάρος
Σύζυγος								
Τέκνο								
Τέκνο								
Τέκνο								

Οι ερωτήσεις 19-25 πρέπει να απαντηθούν για το κάθε προτεινόμενο προς ασφάλιση πρόσωπο συμπεριλαμβανομένων των δικαιούχων Εξαρτώμενων Προσώπων

	ΝΑΙ	ΟΧΙ
19. Συμπεριλαμβανομένων εξετάσεων καταλληλότητας για εργασία και ετήσιων εξετάσεων ρουτίνας, έχει οποιονδήποτε προτεινόμενο προς ασφάλιση πρόσωπο εντός των τελευταίων 5 χρόνων: α. Συμβουλευτεί ή λάβει περίθαλψη/θεραπεία από ιατρό, θεραπευτή, σύμβουλο, οδοντίατρο ή άλλο ειδικό υγείας ή επαγγελματία ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης; β. Εισάχθηκε σε νοσοκομείο, κλινική, κέντρο ημερησίας φροντίδας ή άλλο κέντρο φροντίδας ή/και περίθαλψης;		
20. Έχει λάβει οποιονδήποτε προτεινόμενο προς ασφάλιση πρόσωπο οποιαδήποτε φάρμακα, συνταγογραφούμενα ή όχι, ή περίθαλψη ή θεραπευτική αγωγή οποιασδήποτε μορφής εντός των τελευταίων 5 χρόνων ή λαμβάνει στο παρόν στάδιο;		
21. Είναι οποιονδήποτε προτεινόμενο προς ασφάλιση πρόσωπο έγκυος; Αν ναι, παρακαλούμε παραθέστε την προβλεπόμενη ημερομηνία τοκετού.		
22. Υπάρχει οποιαδήποτε γνωστή ή πιθανή ανάγκη για οποιονδήποτε προτεινόμενο προς ασφάλιση πρόσωπο να ζητήσει ιατρική συμβουλή και/ή άλλη συμβουλή, περίθαλψη ή θεραπευτική αγωγή ή διερεύνηση ή διερευνητικών εξετάσεων από οποιοδήποτε ειδικό επαγγελματία ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης ή ειδικό υγείας; (Αυτό περιλαμβάνει συμπτώματα τα οποία νιώθετε και/ή γνωρίζετε για την ύπαρξη τους, ακόμα και αν δεν έχουν διαγνωστεί ή/και για τα οποία δεν έχει ληφθεί περίθαλψη ή θεραπευτική αγωγή).		

25. Προηγούμενη Ασφάλιση

	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Έχει οποιονδήποτε προτεινόμενο προς ασφάλιση πρόσωπο τύχει απόρριψης οποιασδήποτε άλλης ασφαλιστικής κάλυψης ή έλαβε πρόταση ασφαλιστικής κάλυψης με όρους εξαιρέσης; Αν ναι, παρακαλούμε όπως παρέχετε το όνομα του προς ασφάλιση πρόσωπου καθώς και σχετικές λεπτομέρειες:		
Έχει οποιονδήποτε προτεινόμενο προς ασφάλιση πρόσωπο αποταθεί ξανά για ιατροφαρμακευτική ασφάλιση στην Κόσμος ή στην Generali; Αν ΝΑΙ, παρέχετε τον προηγούμενο αριθμό συμβολαίου:		

26. Τρόποι πληρωμής ασφαλίσεων

Τα ασφάλιστρα πρέπει να πληρώνονται από τον Συμβαλλόμενο. Σε διαφορετική περίπτωση, παρακαλούμε όπως παρέχετε λεπτομέρειες της σχέσης του ατόμου που πληρώνει με τον/την Συμβαλλόμενο/η. Η Κόσμος διατηρεί το δικαίωμα να μην αποδεχτεί πληρωμή ασφαλίσεων που γίνεται από τρίτο πρόσωπο.

Συχνότητα πληρωμής	Μηνιαία <input type="checkbox"/>	Τριμηνιαία <input type="checkbox"/>	Εξαμηνιαία <input type="checkbox"/>	Ετήσια <input type="checkbox"/>
Με επιταγή στο όνομα «Κόσμος Ασφαλιστική Εταιρεία Δημόσια Λτδ» <input type="checkbox"/>	VISA <input type="checkbox"/>	Mastercard <input type="checkbox"/>	Με εντολή άμεσης χρέωσης <input type="checkbox"/>	Μετρητά <input type="checkbox"/>
Όνομα κατόχου κάρτας:				
Αριθμός πιστωτικής κάρτας:			Ημερομηνία λήξης:	
Πλήρες όνομα του κατόχου κάρτας				
Δια της παρούσης εξουσιοδοτώ την Κόσμος Ασφαλιστική Εταιρεία Δημόσια Λτδ, να χρεώνει την πιο πάνω πιστωτική μου κάρτα για σκοπούς πληρωμής των ασφαλίσεων αυτού του Ασφαλιστηρίου Συμβολαίου.				
Υπογραφή κατόχου κάρτας	Ημερομηνία <input type="text" value="D"/> <input type="text" value="D"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="Y"/> <input type="text" value="Y"/>			

27. Πώς επεξεργάζομαστε τα προσωπικά σας δεδομένα

Για να είμαστε σε θέση να παρέχουμε προσφορά, ασφαλιστήριο συμβόλαιο ή να χειριστούμε οποιαδήποτε απαίτηση σε σχέση με την ασφάλιση που έχετε μαζί μας, είναι απαραίτητη η συλλογή και επεξεργασία των προσωπικών σας δεδομένων, συμπεριλαμβανομένων: προσωπικών στοιχείων όπως όνομα, διεύθυνση και ημερομηνία γέννησης, και στοιχείων αξιολόγησης κινδύνου που περιλαμβάνουν πληροφορίες που χρειαζόμαστε να συλλέξουμε για να αξιολογήσουμε τον κίνδυνο που πρόκειται να ασφαλίσουμε.

Αυτό μπορεί να περιλαμβάνει:

- δεδομένα σε σχέση με την υγεία σας και λεπτομέρειες της εργασίας σας, συμπεριλαμβανομένου του μισθού σας,
- παρούσες και προηγούμενες απαιτήσεις, οι οποίες μπορεί να περιλαμβάνουν επίσης δεδομένα σε σχέση με την υγεία σας.

Δύναται να συλλέξουμε τα προσωπικά σας δεδομένα από διάφορες πηγές, συμπεριλαμβανομένου του διαμεσολαβητή σας (αν έχετε διορίσει διαμεσολαβητή) και ιατρικούς εμπειρογνώμονες, που διορίστηκαν για να σας περιθάλψουν σε περίπτωση απαίτησης. Θα διατηρήσουμε τα προσωπικά σας δεδομένα μόνο για όσο διάστημα χρειάζεται και μόνο για τον σκοπό για τον οποίο έχουν συλλεχτεί αρχικά.

Η παροχή ασφάλισης προϋποθέτει την ανταλλαγή προσωπικών δεδομένων μεταξύ διάφορων προσώπων που συμμετέχουν στον τομέα της ασφάλισης, συμπεριλαμβανομένων διαμεσολαβητών, ασφαλιστών και αντασφαλιστών και τρίτων προσώπων που παρέχουν υπηρεσίες σε σχέση με την ασφάλιση, όπως ιατρικούς εμπειρογνώμονες και την Generali Global Health Services που παρέχει το κέντρο στήριξης Generali Assistance Centre και ο καθ' ένας από αυτούς μπορεί να βρίσκεται εκτός της χώρας διαμονής σας.

Αν έχετε οποιαδήποτε απορία σε σχέση με τον τρόπο επεξεργασίας των προσωπικών σας δεδομένων ή των προσωπικών δεδομένων των εξαρτώμενων σας, από:

- Την Ασφαλιστική Εταιρεία - Κόσμος Ασφαλιστική Εταιρεία Δημόσια Λτδ., παρακαλούμε επισκεφτείτε την ιστοσελίδα: www.cosmosinsurance.com.cy
- Τον αντασφαλιστή - Generali Global Health, παρακαλούμε επισκεφτείτε την ιστοσελίδα: www.generaliglobalhealth.com/Info/privacy-information.html
- Το κέντρο στήριξης - Generali Assistance Centre, παρακαλούμε επισκεφτείτε την ιστοσελίδα: www.generaliglobalhealthservices.com/Info/Privacy-Information.html

Πότε χρειαζόμαστε τη συγκατάθεση σας

Για να μπορέσουμε να επεξεργαστούμε αυτά τα δεδομένα, η συγκατάθεση σας ενδεχομένως να είναι απαραίτητη.

Μπορείτε να αποσύρετε την συγκατάθεση σας ανά πάσα στιγμή.

Εν τούτοις, αν αποσύρετε τη συγκατάθεση σας, αυτό θα επηρεάσει την ικανότητα μας να παρέχουμε ασφάλιση ή να πληρώσουμε απαιτήσεις.

28. Εξουσιοδότηση

Εγώ, ο/η κάτωθι υπογεγραμμένος/η, δια του παρόντος δηλώνω ότι έχω αναγνώσει προσεκτικά όλες τις ερωτήσεις, τις έχω πλήρως κατανοήσει και ότι όλες οι απαντήσεις μου είναι ολοκληρωμένες και αληθείς και αποδέχομαι όπως αυτή η πρόταση ασφάλισης μου, αποτελείσει τη βάση του συμβολαίου, το οποίο θα εκδοθεί και τεθεί σε ισχύ από την ημέρα έκδοσης του και παραλαβής του από εμένα, νοούμενου ότι το πρώτο ασφάλιστρο θα εξοφληθεί πλήρως και ότι η κατάσταση της υγείας μου, όπως και οι υπόλοιποι όροι και προϋποθέσεις, οι οποίοι επηρεάζουν την ασφαλισιμότητα του κυρίως ασφαλισμένου προσώπου και των ασφαλισμένων εξαρτώμενων παραμένουν ως έχουν δηλωθεί στην πρόταση ασφάλισης.

Έχω ενημερωθεί σύμφωνα με τις διατάξεις του Νόμου 125(Ι) 2018, τις οποίες έχω κατανοήσει πλήρως και συνεπεία αυτού, παρέχω τη συγκατάθεση μου στην επεξεργασία των ευαίσθητων προσωπικών μου δεδομένων στην ΚΟΣΜΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΔΗΜΟΣΙΑ ΛΤΔ και/ή στους ασφαλιστικούς διαμεσολαβητές αυτής ούτως ώστε να δύναται να μου παράσχει πρόταση ασφάλισης προσαρμοσμένη στις δικές μου ανάγκες και στις ανάγκες των εξαρτώμενων προσώπων μου και συνεπώς:

Δηλώνω ρητά και συγκατατίθεμαι όπως η ΚΟΣΜΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΔΗΜΟΣΙΑ ΛΤΔ και/ή ασφαλιστικοί διαμεσολαβητές της επεξεργαστούν τα ευαίσθητα προσωπικά μου δεδομένα τα οποία παρέχονται μέσω της παρούσας αίτησης με σκοπό να μου παράσχουν πρόγραμμα ασφάλισης ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης προσαρμοσμένο στις δικές μου ανάγκες. ΝΑΙ ΟΧΙ

Δηλώνω ρητά και συγκατατίθεμαι όπως η ΚΟΣΜΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΔΗΜΟΣΙΑ ΛΤΔ και/ή ασφαλιστικοί διαμεσολαβητές της επεξεργαστούν τα ευαίσθητα προσωπικά δεδομένα των εξαρτώμενων προσώπων μου, τα οποία παρέχονται μέσω της παρούσας αίτησης με σκοπό να τους παράσχουν πρόγραμμα ασφάλισης ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης προσαρμοσμένο στις ανάγκες τους. ΝΑΙ ΟΧΙ

Δηλώνω ρητά και ειδικά ότι συγκατατίθεμαι όπως τα προσωπικά μου δεδομένα, είτε είναι ευαίσθητης φύσης είτε όχι, συλλεχθούν και χρησιμοποιηθούν από την ΚΟΣΜΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΔΗΜΟΣΙΑ ΛΤΔ ή και τους ασφαλιστικούς της διαμεσολαβητές, για σκοπούς που σχετίζονται με την προώθηση, πώληση ή παροχή προϊόντων. ΝΑΙ ΟΧΙ

Περαιτέρω και για σκοπούς που σχετίζονται με την ορθή αξιολόγηση της αίτησής μου, δια της παρούσης εξουσιοδοτώ οποιοδήποτε ιατρό, νοσοκομείο, κλινική, ασφαλιστική εταιρεία ή άλλο οργανισμό ή ίδρυμα, το οποίο διατηρεί δεδομένα ή έχει πληροφορίες σε σχέση με εμένα ή την κατάσταση της υγείας μου ή για οποιοδήποτε προτεινόμενα εξαρτώμενα πρόσωπα μου, να παρέχει στην ΚΟΣΜΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΔΗΜΟΣΙΑ ΛΤΔ οποιαδήποτε πληροφορία χρειαστεί για τον σκοπό να μου παράσχει πρόγραμμα ασφάλισης ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης προσαρμοσμένο στις δικές μου ανάγκες. ΝΑΙ ΟΧΙ

Υπογραφή Συμβαλλόμενου (και σφραγίδα εταιρείας εάν αφορά νομικό πρόσωπο)	Ημερομηνία (ηη/μμ/χχχχ)	Υπογράφηκε στην

Υπογραφή Κυρίως Ασφαλισμένου	υπογραφή εξαρτώμενου/ης συζύγου / συντρόφου (Η υπογραφή του/της συζύγου/συντρόφου είναι απαραίτητη όταν ζητείται η κάλυψη του/της)

Υπογραφή ενήλικου εξαρτώμενου προσώπου	Υπογραφή ενήλικου εξαρτώμενου προσώπου

Ημερομηνία

Ημερομηνία

Παρακαλώ επιστρέψτε το παρόν έγγραφο, συμπληρωμένο και υπογραμμένο στον Αντιπρόσωπο/ Διαμεσολαβητή σας.

Υπογραφή Ασφαλιστικού Διαμεσολαβητή	Κωδικός Ασφαλιστικού Διαμεσολαβητή	Τηλέφωνο επικοινωνίας Ασφαλιστικού Διαμεσολαβητή

Ημερομηνία

Δήλωση διατήρησης καλής κατάστασης υγείας (να συμπληρωθεί στην περίπτωση όπου η ασφαλιστική κάλυψη δεν εγκριθεί εντός 90 ημερών από την ημέρα υπογραφής της αρχικής αίτησης). Από την ημέρα υπογραφής της αρχικής αίτησης για ασφάλιση ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης, έχει οποιονδήποτε προτεινόμενο προς ασφάλιση πρόσωπο:

- | | |
|--|---|
| 1. Εκδηλώσει συμπτώματα οποιουδήποτε νέου προβλήματος υγείας ή πάθησης; | ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> |
| 2. Λάβει οποιαδήποτε συμβουλή, περίθαλψη ή θεραπευτική αγωγή ή έτυχε διερεύνησης ή διερευνητικών εξετάσεων από οποιοδήποτε ειδικό επαγγελματία ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης ή ειδικό υγείας ή νοσοκομειακή εγκατάσταση; | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 3. Οποιαδήποτε πρόθεση ή ανάγκη να λάβει συμβουλή, περίθαλψη ή θεραπευτική αγωγή ή να τύχει διερεύνησης ή διερευνητικών εξετάσεων από οποιοδήποτε ειδικό επαγγελματία ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης ή ειδικό υγείας ή νοσοκομειακή εγκατάσταση στο μέλλον; | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

Αν η απάντηση σε οποιαδήποτε από τα πιο πάνω είναι ναι, παρακαλούμε συμπληρώστε στη σελίδα 1 το όνομα του προτεινόμενου προς ασφάλιση προσώπου και παρέχετε πλήρεις λεπτομέρειες.

Αντιλαμβάνομαι και συμφωνώ, εξ όσων κάλλιο γνωρίζω οι πιο πάνω δηλώσεις και απαντήσεις είναι ορθές και ολοκληρωμένες. Αντιλαμβάνομαι ότι ενδέχεται να είναι απαραίτητη η προσκόμιση περαιτέρω λεπτομερειών ή εξέτασης από ιατρό.

Υπογραφή:	Ημερομηνία <input type="text" value="D"/> <input type="text" value="D"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="Y"/> <input type="text" value="Y"/>

Ασφαλιστής:



Ασφαλίζεται από την Κόσμος Ασφαλιστική Εταιρεία Δημόσια Λτδ. Η Κόσμος Ασφαλιστική Εταιρεία Δημόσια Λτδ είναι Κυπριακή Δημόσια Εταιρεία Περιορισμένης Ευθύνης, με αρ. εγγραφής ΗΕ 16361, έχει το εγγεγραμμένο γραφείο της στη Λευκωσία, εποπτεύεται από την Εφορο Ασφαλίσεων (επικεφαλής ελέγχου των ασφαλιστικών εταιρειών στην Κύπρο) και είναι εξουσιοδοτημένη να διεξάγει ασφαλιστικές εργασίες δυνάμει της άδειας της Εφόρου Ασφαλίσεων με αρ. 71. Το σχέδιο Cyprus Choice είναι αντασφαλισμένο από την Generali Global Health, παράρτημα της Assicurazioni Generali S.p.A., Παράρτημα ΗΒ, οδός Leman 100, Λονδίνο Ε1 8AJ Ηνωμένο Βασίλειο.

Αντασφαλιστής:

