

Αριθμός Συμβολαίου / Policy Number:

Κωδ. Αντιπροσώπου  
Agent's Code

Όνομα Αντιπροσώπου  
Agent's Name

### Στοιχεία Προτείνοντος / Proposers Details

Όνομα Ασφαλισμένου / Full Name of the Insured: \_\_\_\_\_

Εμπορική Επωνυμία & Αρ. Εγγρ. / Trading Name & Number (Αν διαφέρει από την πιο πάνω / If Different from above):  
\_\_\_\_\_

Αρ. Μητρώου / Reg. No.: \_\_\_\_\_ ΑΔΤ / Identity Card No.: \_\_\_\_\_ Κωδικός ΓΕΣΥ / GESY Code: \_\_\_\_\_

Ταχυδρομική Διεύθυνση / Postal Address: \_\_\_\_\_

Postal Code: \_\_\_\_\_

Διεύθυνση Εργασίας (Αν διαφέρει από την πιο πάνω) /  
Practice / Trading address (If different from above): \_\_\_\_\_

Postal Code: \_\_\_\_\_

Τηλ. / Tel.: \_\_\_\_\_ Αρ. Τηλεομ. / Fax No.: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

### Περίοδος Ασφάλισης / Period of Insurance

Ημερ. Έναρξης / Inception Date: ...../...../..... Ημερ. Λήξης / Expiry Date: ...../...../.....

1. Παρακαλώ δηλώστε την ειδικότητά σας / Please state your specialization:  
\_\_\_\_\_

2. Έχετε προηγούμενο ιστορικό απαιτήσεων / Please state whether you have previous claims history:  
Εάν η απάντηση είναι ναι, παρακαλώ δώστε λεπτομέρειες / If the answer is Yes, please give details  
\_\_\_\_\_

3. Παρακαλώ σημειώστε το όριο (α) ευθύνης που επιθυμείτε κάλυψη / Please indicate which limit(s) of indemnity you require cover for:  
Ανά περιστατικό / Per event:

€100.000  €250.000  €500.000  €750.000  €1,000.000  €1,200.000  Ελάχιστο όριο ΓΕΣΥ/  
Minimum GESY limit  Άλλο € \_\_\_\_\_

Ανά περίοδο κάλυψης / In the aggregate € \_\_\_\_\_

Το ποσό ανά περίοδο κάλυψης μπορεί να είναι το ίδιο, διπλάσιο ή τριπλάσιο του ποσού κάλυψης ανά περιστατικό.  
The amount in the aggregate can be the same as per event or double or triple of the limit.

4. Παρακαλώ σημειώστε το ποσό απαλλαγής που επιθυμείτε / Please indicate excess amount: € \_\_\_\_\_

5. Παρακαλώ δηλώστε εάν έχετε ανανεώσει τον αριθμό της άδειας σας στον Παγκύπριο Ιατρικό Σύλλογο / Please state whether you have renewed your  
license number to the Pancyprian Medical Association

ΝΑΙ/YES  ΟΧΙ/NO

### Αστική Ευθύνη / Public Liability

Κύκλος εργασιών για το τελευταίο οικονομικό έτος /  
Turnover for the last financial year

€ \_\_\_\_\_

Όριο Κάλυψης/ανά περιστατικό  
Coverage Limit/per incident

€50,000

### Ευθύνη Εργοδότη / Employer's Liability

ΟΡΙΑ ΕΥΘΥΝΗΣ ΒΑΣΗ ΝΟΜΟΘΕΣΙΑΣ / LIMITS OF LIABILITY IN ACCORDANCE WITH LEGISLATION

Παρακαλούμε συμπληρώστε τον ακόλουθο πίνακα, στον οποίο πρέπει να περιλαμβάνονται όλοι οι υπάλληλοι / Please duly complete the following table including all employees

Περιγραφή Εργασίας / Job Description	Αρ. Υπαλλήλων / Employee No.	Μεικτές Ετήσιες Απολαβές / Gross Annual Earnings
Σύνολο / Total		

Αρ. Μητρώου Εργοδότη / Employer Registration No. \_\_\_\_\_

#### Εγγύηση Πίστης Εργαζομένων / Employee Fidelity Guarantee

Πίνακας 1 - Table 1

1. Να συμπληρωθεί με βάση την κατηγορία εργασίας των εργαζομένων / To be completed on the basis of the worker's job category

Κατηγορίες προς εγγύηση (θέσεις) / Categories to be guaranteed (positions)	Μέγιστος αριθμός ανά κατηγορία / Maximum number per category	Περιγραφή Καθηκόντων / Job Categories

Ποσό Ασφάλισης ανά ασφαλιστική Περίοδο / €10,000  
Insured Amount per period of insurance

#### Υπεύθυνη Δήλωση / Declaration

Δηλώνω/ουμε ότι εκτός από τα πιο πάνω, οποιαδήποτε άλλη πληροφορία έχετε συγκεντρώσει από μένα/μας παραμένει ως έχει, ως ήδη σας έχω/ουμε δηλώσει στην αρχική μου/μας πρόταση. Δηλώνω/ουμε ότι οτιδήποτε αναφέρεται στην πρόταση αυτή είναι απόλυτα αληθές και ότι δεν έχω/ουμε αποκρύψει, παραποιήσει ή παραστήσει με ανακρίβεια οποιοδήποτε γεγονός. Συμφωνώ/ούμε επίσης ότι η πρόταση και δήλωση αυτή είναι απόλυτα δεσμευτική για μένα/μας, θα αποτελεί τη βάση του ασφαλιστηρίου αυτού μεταξύ μου/μας και της **Ypera Insurance Co. Ltd** και θα θεωρείται ως να ενσωματώνεται στο ασφαλιστήριο που θα εκδοθεί. Αν οποιαδήποτε απάντηση έχει γραφεί από άλλο πρόσωπο, αυτό το πρόσωπο θα θεωρείται δικός μου/μας αντιπρόσωπος και όχι αντιπρόσωπος της **Ypera Insurance Co. Ltd**.

We declare that besides the above, any other information obtained from me/us remains the same as the information I/ we have already provided to you in my/our previous proposal. We declare and warrant that after enquiry all statements and particulars contained in this Proposal and addenda are true and that no information whatever has been withheld which might increase the risk of **Ypera Insurance Co. Ltd** or influence the acceptance of this Proposal and should the above particulars alter in any way I/we will advise YDROGIOS INSURANCE COMPANY (CYPRUS) LTD as soon as practicable. I/we understand that failure to disclose any material facts which would be likely to influence the acceptance and assessment of the Proposal may result in **Ypera Insurance Co. Ltd** refusing to provide indemnity or voiding the policy in every respect. I/we hereby agree and accept that this Declaration shall be the basis of the contract between both parties if entered into.

Όνομα Προτείνοντα / Name of Proposer (ΚΕΦΑΛΑΙΑ / IN CAPITAL) \_\_\_\_\_

Υπογραφή Προτείνοντα / Signature of Proposer \_\_\_\_\_

Υπογραφή Συνεργάτη / Agent's Signature \_\_\_\_\_

Ημερομηνία/Date \_\_\_\_\_

Ηλεκτρονική Υπογραφή / e-Signature \_\_\_\_\_

Ημερομηνία/Date \_\_\_\_\_