

Κωδ. Αντιπροσώπου  
Agent's Code

Όνομα Αντιπροσώπου  
Agent's Name

Αρ. Καλυπτικού Σημ.  
Cover Note Number

**Στοιχεία Προτείνοντος / Proposers Details**

Πλήρες Όνομα / Όνομα Εταιρείας / Full Name / Company Name: \_\_\_\_\_

Διεύθυνση / Address: \_\_\_\_\_ Κωδικός / Postal Code: \_\_\_\_\_

Διεύθυνση αλληλογραφίας / Mail Address: \_\_\_\_\_ Κωδικός / Postal Code: \_\_\_\_\_  
(αν διαφέρει από την πιο πάνω) / (if different from the above)

E-mail: \_\_\_\_\_ Τηλ. / Tel.: \_\_\_\_\_

Επάγγελμα / Occupation: \_\_\_\_\_ Φαξ / Fax: \_\_\_\_\_

Αρ. Ταυτότητας / Αρ. Εγγρ. Εταιρείας / ID Card No. / Registration No.: \_\_\_\_\_

Πλήρης περιγραφή των διεξαγομένων εργασιών / Full description of the nature of work: \_\_\_\_\_

Αρ. Μητρώου εργοδότη / Employer Identification No.: \_\_\_\_\_

Τόπος συνήθους διεξαγωγής εργασιών / Location of usual contact of operations: \_\_\_\_\_

Ημερομηνία έναρξης εργασιών Εργοδότη / Starting date of employer's work: \_\_\_\_\_

**Περίοδος Ασφάλισης / Period of Insurance**

Ημέρα / Day Μήνας / Month Χρόνος / Year  
Ημερομηνία / Date

Ημέρα / Day Μήνας / Month Χρόνος / Year

**Όρια Ευθύνης / Liability Limits**

Όπως καθορίζονται από την σχετική νομοθεσία / As defined by the relevant legislation

Άλλο / Other  Παρακαλώ καθορίστε πόσο / Please specify how much \_\_\_\_\_

**Άλλες Πληροφορίες / Other Information**

- Διατηρείτε τώρα σε ισχύ ασφαλιστική κάλυψη Ευθύνης Εργοδότη ή έχετε ποτέ στο παρελθόν υποβάλει πρόταση για τέτοια κάλυψη; Αν ΝΑΙ, αναφέρετε το όνομα της Ασφαλιστικής Εταιρείας. / Please state whether you are insured or have previously been insured for employers liability. If YES, please provide name of the insurance company.  
\_\_\_\_\_
- Σε σχέση με την ασφάλιση των εργαζομένων σας, έχει οποιαδήποτε Ασφαλιστική Εταιρεία οποτεδήποτε / In relation with your employees insurance coverage, has any insurance company ever:
  - Απορρίπτει πρότασή σας; / Rejected your proposal? \_\_\_\_\_
  - Αρνηθεί να ανανεώσει Ασφαλιστήριό σας; / Refused to proceed with renewal of your policy? \_\_\_\_\_
  - Ακυρώσει Ασφαλιστήριό σας; / Cancel your insurance policy? \_\_\_\_\_
  - Απαιτήσει αυξημένο ασφάλιστρο ή επιβάλει ειδικούς όρους; / Require increased insurance premium or set special terms? \_\_\_\_\_
- Διατηρείτε σε ισχύ άλλα ασφάλιστρα με την Εταιρεία μας; Αν ΝΑΙ, δώστε λεπτομέρειες. / Please state whether you maintain any other insurance policies with our company. If YES, please give details.  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Ιστορικό Απαιτήσεων / Claims History

Δηλώστε τον αριθμό των Ατυχημάτων και των Επαγγελματικών Ασθενειών που έχουν υποστεί εργοδοτούμενοι σας κατά την διάρκεια των τριών τελευταίων ετών: / Please state the number of accidents and / or occupational diseases sustained by your employees over the last three (3) years.

Έτος / Year	Ποσό που καταβλήθηκε υπό μορφή Ακαθάριστων Απολαβών / Amount paid in the form of gross earnings	Αριθμός Ατυχημάτων και / ή Επαγγελματικών Ασθενειών / Number of Accidents and / or occupational diseases	ΑΠΑΙΤΗΣΕΙΣ / CLAIMS			
			ΠΟΥ ΕΧΟΥΝ ΔΙΕΥΘΕΤΗΘΕΙ / THAT HAVE BEEN SETTLED		ΠΟΥ ΕΚΚΡΕΜΟΥΝ / OUTSTANDING	
			Αριθμός Απαιτήσεων / Claims No.	Ποσό που καταβλήθηκε / Amount Paid	Αριθμός Απαιτήσεων / Claims No.	Υπολογιζόμενο Κόστος / Estimated Cost

## Λεπτομέρειες Εργασίας του Προτείνοντα / Proposer's Operation Details

1. Δώστε πλήρεις λεπτομέρειες των μηχανημάτων που λειτουργούν με μηχανική ενέργεια / Give full details of mechanically operated machines:

I. Ξυλουργικά Μηχανήματα / Woodworking Machinery \_\_\_\_\_

II. Άλλα Μηχανήματα / Other Machinery \_\_\_\_\_

2. Είναι οι χώροι προσπέλασης, οι έξοδοι, οι χώροι εργασίας, τα μηχανήματα και οι εγκαταστάσεις σας κατάλληλα περιφραγμένα και προστατευμένα και γενικά σε καλή κατάσταση και λειτουργία; / Please state whether the access areas, exits, workplace areas, machinery and facilities are appropriately patented and protected and generally in good condition and function.

3. Είναι οι κτιριακές εγκαταστάσεις σας ικανοποιητικά συντηρημένες; / Please state whether your building facilities are well-maintained.

4. I. Έχετε οποιοσδήποτε λέβητες, ατμολέβητες, άλλα δοχεία που βρίσκονται υπό πίεση, ανελκυστήρες, ανυψωτήρες και γερανούς; / Please state whether you have any boilers, steam boilers, other containers under pressure, lifts, hoists and cranes.

II. Εάν ΝΑΙ, επιθεωρούνται τακτικά και από ποιόν; / If YES, please state if they are regularly inspected and by whom.

5. Χειρίζεστε ή χρησιμοποιείτε ραδιοϊσότοπα, ραδιοενεργές ή άλλες πηγές ιονίζουσας ακτινοβολίας; / Please state whether you handle or use any radioisotopes, radioactive or other sources of ionizing radiation.

6. Χρησιμοποιείτε ή έχετε αποθηκευμένα στους χώρους εργασίας σας, οποιαδήποτε οξέα, αέρια, χημικές ή εκρηκτικές ύλες ή άλλες επικίνδυνες ουσίες; Εάν ΝΑΙ, δώστε λεπτομέρειες. / State whether you have or use any acids, gases, chemicals or explosives and / or other dangerous substances in your workplace. If YES, give details.

7. I. Κατασκευάζετε, χειρίζεστε ή χρησιμοποιείτε αμίαντο ή διοξείδιο του πυριτίου ή οποιαδήποτε ουσία που περιέχει αμίαντο ή διοξείδιο του πυριτίου; / State whether you manufacture, handle or use asbestos or silicon dioxide or any substance containing asbestos or silicon dioxide.

II. Διαθέτετε χυτήριο μετάλλων; / Do you have a metal foundry?

8. Έχετε κατά τη διάρκεια των τελευταίων τριών χρόνων κατηγορηθεί ή καταδικαστεί ή σας έχει γίνει οποιαδήποτε παρατήρηση ή υπόδειξη σε σχέση με οποιαδήποτε παράβαση οποιουδήποτε νόμου ή κανονισμού όσον αφορά την ασφάλεια των εργοδοτούμενων σας; Εάν ΝΑΙ, δώστε λεπτομέρειες. / State whether you have been charged or convicted or made any remarks or suggestions in relation with any violation of any law or regulation regarding the safety of your employees during the last three years. If YES, give details.

9. Έχετε συμμορφωθεί με όλες τις υποχρεώσεις σας που απορρέουν από τους Νόμους και Κανονισμούς που διέπουν τη λειτουργία ή τη συντήρηση των υποστατικών, μηχανημάτων και γενικά την ασφάλεια και υγεία των εργοδοτούμενων σας; / State whether you have complied with all of your obligations arising out of the laws and regulations governing the operation or maintenance of the premises, machinery and generally the safety and health of your employees.

10. Διεξάγετε οποιοσδήποτε εργασίες στο εξωτερικό; Εάν ΝΑΙ, δώστε λεπτομέρειες. / State whether you undertake any business operations abroad. If YES, give details.

## Στοιχεία που αφορούν τους Εργοδοτούμενους / Information related to Employees

Να δοθούν λεπτομέρειες σε σχέση με ΟΛΟΥΣ τους εργοδοτούμενους μαζί με τις υπολογισμένες ακαθάριστες απολαβές τους για τους επόμενους 12 ΜΗΝΕΣ. Ο όρος “Ακαθάριστες Απολαβές” σημαίνει το σύνολο των ημερομισθίων μισθών πληρωμών για υπερωριακή εργασία, ωφελημάτων, χρεώσεων για παροχή υπηρεσιών, φιλοδωρημάτων και άλλων πληρωμών, χωρίς οποιαδήποτε αποκοπή σε σχέση με Κοινωνικές Ασφαλίσεις, Φόρο Εισοδήματος, Ταμείο Προνοίας ή Υγείας ή άλλα ποσά που αποκόπτονται κατόπιν συμφωνίας με τους εργοδοτούμενους ή άλλως πωσ. / Please give details of ALL employees along with their calculated gross earnings for the following 12 months. The term “Gross Earnings” means the total wage, overtime payments, benefits, service charges, donations and other payments, prior any deduction in respect of social insurance, income tax, provident fund or healthcare and/or any other amounts which are deducted by agreement with the employees or otherwise.

Περιγραφή εργασίας Εργοδοτούμενων κατά κατηγορία καθηκόντων / Employee job description by category	Υπολογισμένος Αριθμός Εργοδοτούμενων / Calculated Number of Employees	Υπολογισμένες Ετήσιες Ακαθάριστες Απολαβές / Calculated Annual Gross Earnings	ΓΙΑ ΧΡΗΣΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΜΟΝΟ / FOR COMPANY USE ONLY	
			Ποσοστό Ασφαλιστρού / Insurance Premium Rate	Ασφάλιστρο / Premium
Γραφειακό και Διευθυντικό προσωπικό που δεν ασχολείται με χειρονακτικές εργασίες / Office and Managerial staff who do not deal with manual labour				
ΣΥΝΟΛΟ / TOTAL				

### ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ ΦΥΣΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΟΥ ΣΥΜΦΩΝΟΣ ΤΟΥ ΚΑΝΟΝΙΣΜΟΥ (ΕΕ) 2016/679.

Με βάση τις πρόνοιες του Περί Προστασίας των φυσικών προσώπων έναντι της επεξεργασίας των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα κανονισμού (ΕΕ) αρ.2016/679, η YperaInsuranceCo. Ltd (εφεξής η Ypera), έχει υποχρέωση και ευθύνη να διασφαλίζει ότι τα προσωπικά δεδομένα που σας αφορούν τυγχάνουν νόμιμης επεξεργασίας, είτε δόθηκαν είτε θα δοθούν οποτεδήποτε στο μέλλον από εσάς, σύμφωνα με το πιο πάνω κανονισμό.

Ο υπεύθυνος επεξεργασίας στο πλαίσιο των δραστηριοτήτων του θα προβαίνει στην εν όλο ή εν μέρει, αυτοματοποιημένη επεξεργασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα, καθώς και στην μη αυτοματοποιημένη επεξεργασία τέτοιων δεδομένων, είτε ανήκουν στις ειδικές κατηγορίες προσωπικών δεδομένων (ευαίσθητα) του άρθρου 9 του Κανονισμού (ΕΕ) 2016/679 στα οποία περιλαμβάνονται δεδομένα υγείας, είτε όχι, και τα οποία περιλαμβάνονται ή πρόκειται να περιληφθούν σε σύστημα αρχειοθέτησης που είναι συναφή και θα περιορίζονται στο αναγκαίο για τους σκοπούς για τους οποίους υποβάλλονται και θα επικαιροποιούνται σε έμμεσα χρονικά διαστήματα. Βασικός σκοπός της επεξεργασίας, αποτελεί η παροχή των υπηρεσιών που ζητούνται από τον Προτείνοντα μέσω της παρούσας Πρότασης και εάν εν συνεχεία εκδοθεί τυχόν ασφαλιστήριο συμβόλαιο, σε εξέταση τυχόν υποβαλλόμενης αίτησης.

Η Ypera θα διαβιβάζει τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα που σας αφορούν, σε τρίτο μέρος στο βαθμό που αυτό απαιτείται ως συμβατική αναγκαιότητα, λόγω νομικών υποχρεώσεων και/ή προστασία νόμιμου συμφέροντος της, με τους οποίους τηρούνται συμφωνίες εμπιστευτικότητας για την εκτέλεση των καθηκόντων τους. Η επεξεργασία δεδομένων είναι εμπιστευτική και θα διεξάγεται μόνο από πρόσωπα που είναι υπό τον έλεγχο του υπευθύνου επεξεργασίας και μόνο κατ' εντολή του με τρόπο που εγγυάται την ασφάλειά τους. Οποιοδήποτε δεδομένο προσωπικού χαρακτήρα δεν θα αποκαλύπτεται σε τρίτα πρόσωπα, πλην των περιπτώσεων όπου η νομοθεσία το επιτρέπει ή το επιβάλλει και/ή όπου υπάρχει περαιτέρω ρητή συγκατάθεση σας.

#### I. ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ “ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ ΚΑΙ/Η ΕΝ ΔΥΝΑΜΕΙ ΝΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΕΙ ΠΡΟΣΩΠΟΥ”

• Να ανακαλέσετε την παρούσα συγκατάθεση σας προς επεξεργασία των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα σας (νοείται ότι η ανάκληση της συγκατάθεσης δεν θίγει την νομιμότητα της επεξεργασίας που βασίστηκε στην συγκατάθεση σας προ της ανάκλησης)

• Να λαμβάνετε από τον υπεύθυνο επεξεργασίας επιβεβαίωση για το κατά πόσο ή όχι τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα σας που έχουν συλλεχθεί και σας αφορούν υφίστανται επεξεργασία, εάν δε συμβαίνει τούτο έχετε επίσης το δικαίωμα πρότασης και ενημέρωσης για τα δεδομένα αυτά κατόπιν σχετικού αιτήματος σας.

• Να απαιτήσετε από τον υπεύθυνο επεξεργασίας, τη διόρθωση ανακριβών δεδομένων ή την συμπλήρωση των προσωπικών δεδομένων που σας αφορούν.

• Να ζητήσετε από τον υπεύθυνο επεξεργασίας, να διαγράψει ή να περιορίσει την επεξεργασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα που σας αφορούν.

• Να λαμβάνετε τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα που σας αφορούν και τα οποία έχετε παράσχει σε υπεύθυνο επεξεργασίας σε αναγνώσιμη μηχανική μορφή και να τα διαβιβάζετε σε άλλο υπεύθυνο επεξεργασίας, χωρίς αντίρρηση από τον υπεύθυνο επεξεργασίας στον οποίο παρασχεθήκατε. Επίσης να ζητάτε την απελευθέρωση των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα που σας αφορούν από έναν υπεύθυνο επεξεργασίας σε άλλο, σε περίπτωση που αυτό είναι τεχνικά εφικτό.

Η άσκηση των πιο πάνω δικαιωμάτων σας θα γίνεται με γραπτό αίτημα σας προς τον υπεύθυνο προστασίας προσωπικών δεδομένων στο τηλεμόριο 24 828290 ή στο email [DPO@ypera.com.cy](mailto:DPO@ypera.com.cy) ή στην διεύθυνση Μεδούσης 2, 6059 Λάρνακα, με συστημένη επιστολή. Ο Υπεύθυνος επεξεργασίας είναι υπόχρεος να σας απαντήσει εντός ενός (1) μηνός από την παραλαβή του αιτήματος σας. Η προθεσμία αυτή μπορεί να παραταθεί κατά δύο (2) ακόμη μηνές, εφόσον απαιτείται λαμβανομένου υπόψη της πολυπλοκότητας του αιτήματος και του αριθμού των αιτημάτων σας. Μπορείτε να μάθετε περισσότερα σχετικά με το πως χρησιμοποιούμε τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα διαβάζοντας την Πολιτική Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων μας διαθέσιμη στο [www.ypera.com.cy/el/gdpr](http://www.ypera.com.cy/el/gdpr)

#### II. ΑΡΝΗΣΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ

Σε άρνηση συγκατάθεσης και κατανοήσι πλήρως το περιεχόμενο της παρούσας δήλωσης και με ελεύθερη βούληση, η Ypera, θα έχει το δικαίωμα να απορρίψει την πρόταση ασφάλισης ή την πρόθετη πράξη, αφού δεν θα είναι σε θέση να την εξετάσει ή να τηματίσει το ασφαλιστήριο συμβόλαιο ή να απορρίψει αίτηση για αποζημίωση σας.

#### III. ΔΗΛΩΣΗ

Έχω διαβάσει, ενημερωθεί και κατανοήσι πλήρως το περιεχόμενο της παρούσας δήλωσης και με ελεύθερη βούληση την υπογράφω δίδοντας την ρητή συγκατάθεση μου για την συλλογή και επεξεργασία των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα που με αφορούν από τον υπεύθυνο επεξεργασίας συμφώνως του Νόμου και Κανονισμού (ΕΕ).

#### Ο/Η ΔΗΛΩΝ /ΟΥΣΑ

Όνοματεπώνυμο  Αρ. Ταυτότητας  Υπογραφή  Ηλεκτρονική Υπογραφή  Ημερομηνία

Προαιρετική συγκατάθεση για τη λήψη ενημερωτικού και/ή διαφημιστικού υλικού και/ή πληροφοριών για την ασφαλιστική σύμβαση και/ή συναλλαγή και/ή για την ασφαλιστική εταιρεία, καθώς και για την προώθηση και πώληση υλικών και/ή άυλων προϊόντων και αγαθών και υπηρεσιών εξ αποστάσεως από την YperaInsuranceCo. Ltd.

ΝΑΙ  ΟΧΙ

### CONSENT ACCORDING TO THE PROCESSING OF PERSONAL DATA (PROTECTION OF NATURAL PERSONS) REGULATION (EU) 2016/679.

According to the provisions of the processing of personal data (protection of natural persons) Regulation (EU) No.2016 / 679, Ypera Insurance Co Ltd (hereafter Ypera) has the obligation and responsibility to ensure that personal data relating to you are legitimately processed, whether are given or will be given at any given time in the future, in accordance with the above stated Regulation.

The data Controller in the context of its activities will proceed with the fully or partially automated processing of personal data, as well as the non-automated processing of such data, whether they belong to the special categories of personal data (sensitive) of Article 9 of Regulation (EU) 2016/679 which include health data, or not, and which are included and/or are to be included in a filing system that is relevant and will be limited to what is necessary for the purposes for which they are submitted and will be updated at reasonable intervals. The main purpose of the processing is to provide the services requested by the Proposer through this Proposal and, if any insurance policy is subsequently issued, to examine any claim submitted.

Ypera will transmit the personal data concerning you to a third party to the extent that this is required as a contractual necessity, due to legal obligations and/or protection of its legitimate interest, with which confidentiality agreements are observed for the performance of their duties. Data processing is confidential and as such will only be carried out by persons under the control of the Controller and only at his command in a way that guarantees their security. Any personal data will not be disclosed to third parties, except in cases where the law allows and/or requires it and /or where there is any further express consent from you.

#### I. RIGHTS OF INSURED PERSON AND / OR POTENTIAL TO BE INSURED PERSON

• Revoke your consent to process your personal data (it is understood that withdrawal of consent does not affect the legitimacy of the processing based on your consent given prior to revocation).

• Receive a confirmation from the Controller that your personal data collected and related to you are being processed, if this is not the case, you also have the right to access and update this data upon your request.

• Request from the Controller to correct any inaccurate data and/or fully complete your personal data.

• Request from the Controller to delete or restrict the processing of personal data concerning you without undue delay if they are no longer necessary in relation to the purpose they have been collected or submitted, if you withdraw your consent, if you object to processed, or if there are no longer any imperative and legitimate reasons for processing, if an unlawful processing has been performed, if the data is to be deleted under Law or if you question the accuracy of the data and their limitation until they are verified by the Controller. Subject to the exceptions of Articles 17 (3) and 18 (2) of the Regulation.

• Receive your personal data that you have provided to the Controller in a readable electronic form and forward them to another processor without objection from the Controller to whom they were provided. Also ask for the direct transmission of personal data from one Controller to another, if technically feasible.

Your above stated rights could be exercised with your written request to the Data Protection Officer via fax: 24 828290 or via email to [DPO@ypera.com.cy](mailto:DPO@ypera.com.cy) or via registered mail at Medousis Street 2, 6059 Larnaca. The DPO is obliged to respond within one (1) month of receipt of your request. This period may be extended by two (2) more months, if necessary, taking into account the complexity of the request and/or the sum of your requests. You can learn more about how we process personal data by reading our GDPR policy available at [www.ypera.com.cy/el/gdpr](http://www.ypera.com.cy/el/gdpr)

#### II. REFUSAL OF CONSENT

Denial of your consent to the collection and processing of your personal data, Ypera Insurance Co Ltd will have the right to reject the insurance proposal or the additional act, since it will not be able to examine it or terminate the policy or reject a claim for compensation.

#### III. STATEMENT

I have duly read and fully understand the content of this statement and with free will I sign it by giving my explicit consent for the collection and processing of my personal data by the controller in accordance with the Law and Regulation (EU).

Full Name  ID card  Signature  e-Signature  Date

#### The declarant

Optional consent to receive information and/or promotional material and/or information about the insurance contract and/or transaction and/or the insurance company; as well as for the promotion and sale of materials and/or intangible goods and both services and remote services provided by Ypera Insurance Co Ltd.

I hereby explicitly declare that I agree to receive from me the above-mentioned information.

Optional consent to receive informative and/or advertising material and/or any other information about the insurance contract and/or transaction and/or about the insurance company, as well as for the promotion and sale of material and/or intangible products and goods & services remotely by Ypera Insurance Co Ltd

YES  NO

**ΜΕΘΟΔΟΣ ΠΛΗΡΩΜΗΣ / METHOD OF PAYMENT**

Μετρητά / Cash:

ΠΡΟΚΑΤΑΒΟΛΗ / ADVANCE PAYMENT

Επιταγή / Cheque:

Άλλη / Other:

**Υπεύθυνη Δήλωση / Declaration**

Εγώ/Εμείς που υπογράφω/ουμε πιο κάτω επιθυμώ/ούμε να συνάψω/ουμε ασφάλιση με βάση τους συνηθεις όρους του ασφαλιστηρίου που εκδίδεται από την Εταιρεία. Συμφωνώ/ούμε να εφοδιάζω/ουμε την Εταιρεία όλων των Ακαθάριστων Απολαβών που έχουν πράγματι πληρωθεί και να καταβάλω/ουμε ασφαλιστρα για οποιοδήποτε ποσό υπερβαίνει το ποσό που υπογίξεται πιο πάνω.

Δηλώνω/ουμε επίσης ότι απ' ότι καλύτερα γνωρίζω/ουμε και πιστεύω/ουμε τα πιο πάνω στοιχεία και λεπτομέρειες τα οποία έχω/ουμε διαβάσει και ελέγξει είναι ορθά και αληθή και ότι δεν έχω/ουμε αποκρύψει, παραποιήσει ή παραστήσει με ανακρίβεια οποιοδήποτε ουσιώδες γεγονός ότι έχω/ουμε υπολογίσει με ακρίβεια, στον καλύτερο δυνατό βαθμό, το ολικό ποσό που καταβλήθηκε υπό μορφή Ακαθάριστων Απολαβών και ότι συμφωνώ/ουμε ότι η Δήλωση αυτή θα αποτελεί τη βάση της ασφαλιστικής σύμβασης μεταξύ μου/μας και της Εταρείας. Αν οποιαδήποτε απάντηση έχει γραφεί από οποιοδήποτε άλλο πρόσωπο, αυτό το πρόσωπο θα θεωρείται δικός μου/μας αντιπρόσωπος και όχι αντιπρόσωπος της Εταιρείας.

I / we, signing hereby, wish to be insured under the basis of the normal terms and conditions of the insurance policy of the company. I agree to inform the company with all the gross earnings actually paid and also pay the respective premium for any amount exceeding the amount calculated above.

I also declare that to the best of my knowledge and belief, whatever is stated in this proposal is absolutely true and I /we have not concealed, misrepresented any fact; and that I have calculated to the utmost possible degree the total amount paid in the form of gross earnings and thus I agree that this statement will form the basis of the insurance contract between me and the company. If any answer has been written by any other person, that person shall be considered as my own representative and not a representative of the company.

Υπογραφή Προτείνοντα / Proposer's Signature

Ημερομηνία / Date

Υπογραφή Αντιπροσώπου / Agent's Signature

Ηλεκτρονική Υπογραφή / e-Signature

Ημερομηνία / Date

**ΣΗΜΑΝΤΙΚΗ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑ / IMPORTANT INFORMATION**

Σύμφωνα με τις διατάξεις της Νομοθεσίας η ασφάλιση τίθεται σε ισχύ με την παράδοση του Πιστοποιητικού Ασφάλισης (ή Προσωρινού Ασφαλιστηρίου) που θα πρέπει να εκθέτεται στο συνηθισμένο τόπο εργασίας σας. Σε περίπτωση που διεξάγετε εργασίες και εκτός του συνηθισμένου τόπου εργασίας σας, θα πρέπει να εκθέτετε αντίγραφα του Πιστοποιητικού Ασφάλισης και στους χώρους αυτούς. / In accordance with the provisions of the legislation, the insurance policy comes into effect upon the delivery of the insurance certificate (or Cover Note) to be displayed on your working premises. However in case that you undertake any business operations in other locations; other than the usual working premises, you should also have a copy of the insurance certificate in these locations.

**Έκδοση επιπρόσθετων αντιγράφων του Πιστοποιητικού Ασφάλισης / Issue of additional copies of the insurance certificate**

Παρακαλώ όπως, με την αποδοχή της Πρότασης Ασφάλισης, εκδοθούν και παραδοθούν σ' εμένα \_\_\_\_\_ αντίγραφα του Πιστοποιητικού / Please note that, with the acceptance of the current proposal form for insurance, proceed with the issuance of \_\_\_\_\_ copies of the insurance certificate which then need to be send to me.

Υπογραφή Προτείνοντα / Proposer's Signature

Ημερομηνία / Date

Ηλεκτρονική Υπογραφή / e-Signature

Ημερομηνία / Date