

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. (Αν διαφέρει από την πιο πάνω) / Trading Name & Number (If different from above): \_\_\_\_\_

Αρ. Εγγρ. Μητρώου / Reg. No.: \_\_\_\_\_ Αρ. Εγγρ. ΓΕΣΥ / GESY Reg. No.: \_\_\_\_\_ Αρ. Ταυτότητας / ID Card No.: \_\_\_\_\_

Ταχυδρομική Διεύθυνση / Postal Address: \_\_\_\_\_ Τ.Τ. / Postal Code: \_\_\_\_\_

Διεύθυνση Εργασίας / Trading Address: \_\_\_\_\_ Τ.Τ. / Postal Code: \_\_\_\_\_

Τηλ. / Tel.: \_\_\_\_\_ Κιν. / Mob.: \_\_\_\_\_ Τηλεμοιότυπο / Fax: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

**Περίοδος Ασφάλισης  
Period of Insurance**

Ημερ. Έναρξης /  
Inception Date

...../...../.....

Ημερ. Λήξης /  
Expiry Date

...../...../.....

**Γενικές Πληροφορίες / General Information**

1. Δηλώστε τον αριθμό του προσωπικού ανά κατηγορία: Αδειούχοι Χημικοί, Βοηθοί Χημικοί, Διοικητικό & Γραφειακό Προσωπικό / Please state the number of staff per category: Licensed Chemists / Assistants and/or Administrative / office staff	
2. Είχατε προηγουμένως ασχοληθεί με το ίδιο επάγγελμα με διαφορετική επωνυμία / Have you ever been engaged in a similar activity under a different name?	
3. Είχατε ποτέ συμβόλαιο Επαγγελματικής Ευθύνης / Have you ever been insured for Professional Indemnity?	
4. Αν ΝΑΙ, παρακαλώ δηλώστε / If YES, please state:	
i) Ασφαλιστική Εταιρεία / Insurance Company	
ii) Την περίοδο ασφάλισης / The insurance period/s :	
iii) Τα όρια κάλυψης που είχατε / The limits of liability provided	
iv) Επιθυμείτε αναδρομική κάλυψη (αν ναι από πότε) / Do you wish retroactive cover (if yes please state starting period)? Παρακαλώ προσκομίστε το ασφαλιστήριο που διατηρείτε / Please provide us with the policy you have in force.	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ/YES <input type="checkbox"/> ΟΧΙ/NO
v) Είχε ποτέ αίτηση σας για αυτού του είδους ασφαλιστική κάλυψη: / Has any application for this type of insurance cover been:	
α) Απορριφθεί / Declined	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ/YES <input type="checkbox"/> ΟΧΙ/NO
β) Ακυρωθεί / Cancelled	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ/YES <input type="checkbox"/> ΟΧΙ/NO
γ) Απαιτηθούν ειδικοί όροι / Required special terms	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ/YES <input type="checkbox"/> ΟΧΙ/NO
Αν ΝΑΙ, παρακαλώ δηλώστε λεπτομέρειες/ If YES, please give full details:	
5. Μήπως ο Προτείνων ή μέλος του προσωπικού έχει ποτέ καταδικαστεί ή εκδιωχτεί για οποιοδήποτε εγκληματικό παράπτωμα (εκτός των μικροπαραβάσεων τροχαίας), επαγγελματικό πειθαρχικό συμβάν ή ανάκριση / Has the Proposer or any member of staff involved in the treatment or care of patients been the subject of or convicted of any criminal offence (other than minor traffic offences), professional disciplinary proceedings or inquiries?	
6. Είστε μέλος κάποιου επαγγελματικού οργανισμού ή εγγεγραμμένος με κάποιο αυτορυθμιζόμενο σώμα / Are you a member of any professional organization or registered with any self-regulating body?	

7. Διατηρείτε Αιμοληπτικό Κέντρο, εάν ΝΑΙ παρακαλώ δηλώστε διεύθυνση/εις / Please state whether there is a Blood donation center, if yes please state an address

---

---

---

### Ιστορικό Απαιτήσεων / Previous Claims History

8. Δηλώστε όλες τις απαιτήσεις που έγιναν εναντίον του Προτείνοντα κατά την διάρκεια των τελευταίων 10 χρόνων. Σε περίπτωση που δεν είχατε απαίτηση, παρακαλώ δηλώστε "ΚΑΝΕΝΑ" / Declare all claims made against the Proposer during the last 10 years. In case of no claim, please state "NONE"

Ημερομηνία Συμβάντος / Date of Incident	Ημερομηνία Απαίτησης / Date of Claim	Ποσό Απαίτησης / Amount Claimed	Πληρωτέο Ποσό / Amount Paid	Λεπτομέρειες συμπτ. την φύση των κατηγοριών και στοιχεία παραπονούμενου / Details including nature of the allegations and details of Claimant

Σημείωση: Εάν δεν υπάρχει αρκετός χώρος για να απαντήσετε παρακαλώ προσθέστε τα σχόλια σας σε ξεχωριστό χαρτί και επισυνάψτε το στην παρούσα πρόταση. / If there is insufficient space to answer any question please add comments in a separate paper and attach it to the present proposal.

9. i) Έχετε δώσει όλες τις λεπτομέρειες στην ερώτηση 8 στην προηγούμενη Ασφαλιστική Εταιρεία / Please state whether you have provide all of the details in question 8 above to your previous insurance company.	
ii) Η προηγούμενη Ασφαλιστική Εταιρεία έχει αποδεχθεί όλα τα πιο πάνω / Have all the above been accepted by your previous Insurance Company?	

10. Παρακαλώ σημειώστε το πακέτο με τα όρια ευθύνης που επιθυμείτε κάλυψη / Please select the package with the limits of indemnity you require:

Όρια Κάλυψης / Coverage Limits	Φυσικά Πρόσωπα / Individuals	Νομικές Οντότητες / Legal Entities	Άλλα / Other (Παρακαλώ σημειώστε / Please state)
Όριο ανά Περιστατικό / Per event Limit	300,000 €	600,000 €	
Όριο ανά Περίοδο Ασφάλισης / In the Aggregate Limit	300,000 €	600,000 €	
Νομικά Έξοδα / Legal Expenses	50,000 €	50,000 €	
Απαλλαγή / Excess	500 €	1000 €	
Ετήσιο Ασφάλιστρο / Annual Premium	450€	740€	

**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 Υpera Insurance Co. Ltd (εφεξής η Υpera), έχει υποχρέωση και ευθύνη να διασφαλίζει ότι τα προσωπικά δεδομένα που σας αφορούν τυχόν νομίμως επεξεργασίας, είτε δόθηκαν είτε θα δοθούν οποτεδήποτε στο μέλλον από εμάς, 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 εύλογα 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 Υpera 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'εξουσιοδότηση με τρόπο που εγγυάται την ασφάλεια 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 (νοείται ότι η ανάκληση της συγκατάθεσης δεν θίγει την νομιμότητα της επεξεργασίας που βασίστηκε στην συγκατάθεση σας προ της ανάκλησής)
- Να λαμβάνετε από τον υπεύθυνο επεξεργασίας επιβεβαίωση για το κατά πόσο ή όχι τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα που έχουν συλλεχθεί και σας αφορούν υφίστανται επεξεργασία, εάν δε συμβαίνει τούτο έχετε επίσης το δικαίωμα πρόσβασης 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 ανανώσιμη μηχανική μορφή και να τα διαβιβάζετε σε άλλο υπεύθυνο επεξεργασίας, χωρίς αντίρρηση από τον υπεύθυνο επεξεργασίας στον οποίο παρασχεθήκατε. Επίσης να ζητάτε την απευθείας διαβίβαση 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 προς τον υπεύθυνο προστασίας προσωπικών δεδομένων στο τηλεμοίδιότυπο 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 αιτήματός σας. Η προθεσμία αυτή μπορεί να παραταθεί κατά δύο (2) ακόμη μήνες, 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 συγκατάθεσής σας στην συλλογή και επεξεργασία των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα που σας αφορούν, η Υpera, θα έχει το δικαίωμα να απορρίψει την πρόταση ασφάλισής ή την πρόσθετη πράξη, αφού δεν θα είναι σε θέση να την εξετάσει ή να τηματίσει το ασφαλιστήριο συμβόλαιο ή να απορρίψει αίτηση για αποζημίωσή σας.

**III. ΔΗΛΩΣΗ**

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

**O/H ΔΗΛΩΩ /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 άλλων προϊόντων και αγαθών και υπηρεσιών εξ αποστάσεως από την ΥperaInsuranceCo. 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 duly 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 processing, 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

**Υπεύθυνη Δήλωση / Declaration**

Δηλώνω ότι οι πιο πάνω δηλώσεις και λεπτομέρειες είναι αληθινές και δεν έχω αποκρύψει, παραποιήσει οποιοδήποτε γεγονός. Συμφωνώ επίσης ότι η πρόταση και δήλωση αυτή θα είναι απόλυτα δεσμευτική για μένα και θα αποτελεί τη βάση του ασφαλιστηρίου αυτού, μεταξύ μου και της **Ypera Insurance Co. Ltd**.

I hereby declare that to the best of my knowledge and belief, whatever is stated in this proposal is absolutely true and I have not concealed, or misrepresented any fact. I also agree that this proposal and declaration shall be absolutely binding upon me, shall form the basis of this policy between myself and **Ypera Insurance Co. Ltd**.

Υπογραφή Προτείνοντα / Signature of Proposer

Υπογραφή Αντιπροσώπου / Agent's Signature

Ημερομηνία / Date

Ηλεκτρονική Υπογραφή / e-Signature

Ημερομηνία / Date