



Κωδ. Διαμεσολαβητή

ΠΡΟΤΑΣΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΩΝ ΜΕΛΩΝ ΤΟΥ ΠΑΓΚΥΠΡΙΟΥ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΟΥ ΣΥΛΛΟΓΟΥ

Πλήρες Όνομα Προτείνοντος

Αρ. Ταυτότητας / Αρ. Εγγραφής Εταιρείας

Μητρώο που είστε
εγγεγραμμένος

Διεύθυνση

Επαρχία

Ταχ. Κώδικας

Τηλέφωνα Εργ.

Οικ.

Κιν.

Φαξ

Email

Περίοδος Ασφάλισης

ΑΠΟ

ΜΕΧΡΙ

Γενικές Ερωτήσεις

1. Έτος έναρξης εργασιών

2. Είχαν εγερθεί ποτέ εναντίων εσάς, συνεταιίρων ή υπαλλήλων σας απαιτήσεις Επαγγελματικής Ευθύνης ή γνωρίζετε οποιεσδήποτε συνθήκες που μπορεί να εγείρουν οποιεσδήποτε απαιτήσεις εναντίων σας?

ΝΑΙ ο

ΟΧΙ ο

Αν ναι, δώστε λεπτομέρειες.

4. Είσαταν προηγουμένως ασφαλισμένος για Επαγγελματική Ευθύνη?

Αναδρομική Ημερομηνία
τρέχοντος συμβολαίου

ΝΑΙ ο

ΟΧΙ ο

Ασφαλιστική Εταιρεία

5. Έχει ποτέ πρόταση σας για ασφάλιση ή για ανανέωση της απορριφθεί από Ασφαλιστική Εταιρεία;

ΝΑΙ ο

ΟΧΙ ο

ΛΕΠΤΟΜΕΡΕΙΕΣ ΚΑΛΥΨΗΣ	Επιλογή Πακέτου	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Όριο ανά περιστατικό	25,000 €	50,000 €	100,000 €	
	Όριο ανά Περίοδο Ασφάλισης	50,000 €	100,000 €	200,000 €	Κάλυψη άνευ συνταγής
	Αφαιρετέο Ποσό Ανά Απαίτηση	250 €	250 €	250 €	

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

Εγγυούμαι/όμαστε ότι οι πιο πάνω δηλώσεις είναι αληθείς και ότι δεν έχω/ουμε κατακρατήσει ή αποκρύψει καμία ουσιώδη πληροφορία που αναφέρεται στην πρόταση. Συμφωνώ/ούμε ότι αυτή η Πρόταση και η Δήλωση είναι η βάση του συμβολαίου μεταξύ μου/μας και της Υδρογείου Ασφαλιστικής Εταιρείας (Κύπρου) Λτδ και θα θεωρούνται ότι ενσωματώνονται σ' αυτό το συμβόλαιο σύμφωνα με όλους τους όρους του Ασφαλιστηρίου που εκδίδεται από την Εταιρεία. Αν οποιαδήποτε απάντηση έχει γραφεί από οποιοδήποτε άλλο πρόσωπο, αυτό το πρόσωπο θα θεωρείται δικός μου/μας αντιπρόσωπος και όχι αντιπρόσωπος της Εταιρείας.

Υπογραφή Προτείνοντα

Ημερομηνία