



Πληρώνει **Αμέσως!**

ΥΔΡΟΓΕΙΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ (ΚΥΠΡΟΥ) ΛΤΔ

Κεντρικά Γραφεία: Ydrogios House, Μεδούσης 2, 6059 Λάρνακα
Τ.Κ. 40378, 6303, Λάρνακα, Κύπρος
Τηλ. 24 200 800, Φαξ: 24 82 82 98
ydrogios@cytanet.com.cy www.ydrogios.com.cy

Κωδ. Αντιπροσώπου
Agent's Code

Όνομα Αντιπροσώπου
Agent's Name

ΠΡΟΤΑΣΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΩΝ PROPOSAL FORM FOR PHARMACISTS PROFESSIONAL INDEMNITY

Αριθμός Συμβολαίου / Policy Number:

11/20

► 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. 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 /
Inspection Date

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

Ημερ. Λήξης /
Date

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

► Γενικές Πληροφορίες / General Information

1. Έτος έναρξης Εργασιών / Year of Establishment	
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 / The name of the Insurance Company	
ii) Την περίοδο ασφάλισης / The insurance period/s :	
iii) Τα όρια κάλυψης που είχατε (αν ισχύει) / The limits of liability provided (if applicable)	
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.	
v) Είχε ποτέ αίτηση σας για αυτού του είδους ασφαλιστική κάλυψη / Has any application for this type of insurance cover been:	
α) Απορριφθεί / Declined	
β) Ακυρωθεί / Cancelled	
γ) Απαιτηθούν ειδικοί όροι / Required special terms	
Αν ΝΑΙ, παρακαλώ δηλώστε λεπτομέρειες / If YES, please give full details:	

► Ιστορικό Απαιτήσεων / Previous Claims History

5. Δηλώστε όλες τις απαιτήσεις που έγιναν εναντίον του Προτείνοντα κατά την διάρκεια των τελευταίων 10 χρόνων. Σε περίπτωση που δεν είχατε αίτηση, παρακαλώ δηλώστε "ΚΑΝΕΝΑ" / List of 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 Απαιτήσης / Date of Claim	Ποσό Απαιτήσης / Amount Claimed	Πληρωτέο Ποσό / Amount Paid	Λεπτομέρειες συμμ. 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 επισυναψτε 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.

6. i) Έχετε δώσει όλες τις λεπτομέρειες στην ερώτηση 5 στην προηγούμενη Ασφαλιστική Εταιρεία / Please state whether you have provide all of the details in question 5 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?	

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

Επιλογή Πακέτου / Package Selection	A	B	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 Υπεράσπισης Legal expenses of defense	50,000 €	50,000 €	
Απαήλαση / Excess	250 €	250 €	
Ετήσιο Ασφάλιστρο / Annual Premium	350€	500€	

► ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ / DECLARATION

Δηλώνω ότι οι πιο πάνω δηλώσεις και λεπτομέρειες είναι αληθινές και δεν έχω αποκρύψει, παραποιήσει με ανακρίβεια 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 **ΥΔΡΟΓΕΙΟΥ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ (ΚΥΠΡΟΥ) ΛΤΔ.**

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 **YDROGIOS INSURANCE COMPANY (CYPRUS) LTD.**

Υπογραφή Προτείνοντα / Signature of Proposer

Υπογραφή Αντιπροσώπου / Agent's Signature

Ημερομηνία / Date