

**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

**REGISTERED MEDICAL PRACTITIONER  
RENEWAL FORM FOR MEDICAL MALPRACTICE LIABILITY**Αριθμός Συμβολαίου / Policy Number: Κωδ. Αντιπροσώπου  
Agent's CodeΌνομα Αντιπροσώπου  
Agent's Name

11/20

**► Στοιχεία Προτείνοντος / Proposers Details**Όνομα Ασφαλισμένου / Full Name of the Insured: 

Εμπορική Επωνυμία &amp; Αρ. Εγγρ. / Trading Name &amp; 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  Ελάχιστο όριο ΓΕΣΥ / Minimum GESY limit Άλλο/ Other € 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 απαλλοτρίωσης που επιθυμείτε / Please indicate excess amount: € 

5. Παρακαλώ δηλώστε τον αριθμό της άδειάς σας στο Παγκύπριο Ιατρικό Σύλλογο / Please state your license number to the Pancyprian Medical Association

Reg.	Reg. Date	Reg. Type	Date of first registration

**► ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ / 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 ΥΔΡΟΓΕΙΟΥ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ (ΚΥΠΡΟΥ) ΛΤΔ 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 ΥΔΡΟΓΕΙΟΥ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ (ΚΥΠΡΟΥ) ΛΤΔ.

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 YDROGIOS INSURANCE COMPANY (CYPRUS) 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 YDROGIOS INSURANCE COMPANY (CYPRUS) 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