

**ΥΔΡΟΓΕΙΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ (ΚΥΠΡΟΥ) ΛΤΔ**

Κεντρικά Γραφεία: Υδρογείος 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

PROPOSAL FORM FOR CHEMIST LABORATORIES MEDICAL MALPRACTICE LIABILITY

Αριθμός Συμβολαίου / Policy Number:

Κωδ. Αντιπροσώπου
Agent's CodeΌνομα Αντιπροσώπου
Agent's Name

01/21

► Στοιχεία Προτείνοντος / Proposers DetailsΌνομα 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: T.T. / Postal Code: Διεύθυνση Εργασίας / Trading Address: T.T. / 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. 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 / 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.	<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. Διατηρείται Αιμοδοητικό 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 εихατε απαίτηση, 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 Απαίτησης / Date of Claim	Ποσό Απαίτησης / Ammount 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 αρκετος χωρος για να απαντησετε παρακαλω προσθεστε τα σχολια σας σε ξεχωριστο χαρτι και επισυναψτε το στην παρουμεσα προταση. / 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.	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ/YES	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ/NO
ii) Η προηγούμενη Ασφαλιστική Εταιρεία έχει αποδεχθεί όλα τα πιο πάνω / Have all the above been accepted by your previous Insurance Company?	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ/YES	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ/NO

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

Όρια Κάλυψης / Coverage Limits	Φυσικά Πρόσωπα / Natural Persons	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 €	
Απαλλοαγή / Excess	500 €	1000 €	
Ετήσιο Ασφάλιστρο / Annual Premium	450€	740€	

► 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 αποτελέσει 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 **ΥΔΡΟΓΕΙΟΥ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗΣ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ (ΚΥΠΡΟΥ) LTD.**

Υπογραφή Προτείνοντα / Signature of Proposer

Υπογραφή Αντιπροσώπου / Agent's Signature

Ημερομηνία / Date