

**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 80 24

ydrogios@cytanet.com.cy www.ydrogios.com.cy

**ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΗΣΗ ΓΙΑ ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΙΣΤΟΡΙΚΟΥ ΑΠΑΙΤΗΣΕΩΝ
AUTHORISATION FOR CLAIMS RECORD STATEMENT**

Αρ. Ασφαλιστηρίου / Policy No.:

05/18

Προς / Το: _____
(Όνομα προηγούμενης Ασφαλιστικής Εταιρείας / Name of previous Insurance Company)

Αγαπητοί Κύριοι / Dear Sirs,

Όνομα Προτείνοντα / Proposer's Name: _____

Αρ. Ταυτότητας / I.D. No.-Αρ. Εγγραφής Εταιρείας / Company's Registration No: _____

Αρ. Εγγραφής Οχήματος(ων) / Registration No. of Vehicle(s): _____ Αρ. Ασφαλιστηρίου / Policy No. _____

Με την παρούσα σας εξουσιοδοτώ ρητά όπως παραχωρήσετε προς την **ΥΔΡΟΓΕΙΟ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ (ΚΥΠΡΟΥ) ΛΤΔ**, για σκοπούς αξιολόγησης της Πρότασης Ασφάλισης που έχω υποβάλει προς αυτή, την πιο κάτω Βεβαίωση αναφέροντας τις σχετικές πληροφορίες σε σχέση με οποιοδήποτε αξιώσεις αποζημίωσης που αφορούν το πιο πάνω όχημα/οχήματα, κατά την τελευταία πενταετία της μεταξύ μας συμβατικής σχέσης.

By signing this document I hereby expressly authorise you to provide **YDROGIOS INSURANCE COMPANY (CYPRUS) LTD**, for the purpose of evaluating my Proposal of Insurance, with the Statement shown herebelow stating the necessary information relating to the claims record involving the above vehicle(s), during the last five years of our contractual relationship.

Με τιμή / Yours faithfully,

Ο Εξουσιοδοτών / The Applicant_____
Ημερομηνία / Date**ΒΕΒΑΙΩΣΗ ΓΙΑ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΠΑΙΤΗΣΕΩΝ / CLAIMS RECORD STATEMENT**Προς / Το: **YDROGEIOS INSURANCE COMPANY (CYPRUS) LTD**Φ/δι / _____ Τηλ. / _____ Φαξ / _____
Attention of: _____ Tel.: _____ Fax: _____

Όνομα Ασφαλισμένου / Insured's Name: _____

Αρ. Ταυτότητας / I.D. No.-Αρ. Εγγραφής Εταιρείας / _____ Αρ. Ασφαλιστηρίου / _____
Company's Registration No: _____ Policy No.: _____N.C.B. από προηγούμενη Ασφαλιστική Εταιρεία / _____ Κάλυψη / _____
N.C.B. from previous Insurance Company _____ Cover _____**ΠΕΡΙΟΔΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ /
PERIOD OF INSURANCE**Από / _____
From: _____Μέχρι / _____
To: _____

Ημερομηνία Ατυχήματος Date of Accident	Ποσά που Πληρώθηκαν / Claims Paid			Ποσά που Εκκρεμούν / Claims Outstanding		
	Έναντι Τρίτου Third Party	Ιδία Ζημιά Own Damage	Σύνολο Total	Έναντι Τρίτου Third Party	Ιδία Ζημιά Own Damage	Σύνολο Total

Σχόλια / Comments: _____

Για λογαριασμό της Εταιρείας / For and on behalf of the Company_____
Ημερομηνία / Date

Σημ.: Σε περίπτωση που ο Προτείνων ήταν ασφαλισμένος κατά την τελευταία πενταετία, με πέραν της μιας Ασφαλιστικής Εταιρείας θα πρέπει να συμπληρωθεί ξεχωριστή εξουσιοδότηση για Βεβαίωση Αξιώσεων αποζημίωσης σε σχέση με κάθε μια από αυτές. / Note: In case the Proposer was insured with more than one Company during the last five years, a separate Authorisation for Claims Record Statement must be signed for every Company.