Ypera
Ασφαλιστική

REGISTERED MEDICAL PRACTITIONER
Proposal Form for Medical Malpractice Liability

Αριθμός Συμβολαίου / Policy Number:

Ypera Insurance Co. Ltd
Κεντρικά Γραφεία: Ypera House
Μεδούσης 2, 6059 Λάρνακα
Τ.Θ. 40378, 6303 Λάρνακα, Κύπρος
+357 24 200800
info@ypera.com.cy
www.ypera.com.cy

Κωδ. Αντιπροσώπου / Agent's Code

Όνομα Αντιπροσώπου / Agent's Name

02/24

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. Ταυτ. / Id Card No.: _____ Κωδικός ΓΕΣΥ / GESY Code: _____

Ταχυδρομική Διεύθυνση / Postal Address: _____ Τ.Τ. / Postal Code: _____

Διεύθυνση Εργασίας (Αν διαφέρει από την πιο πάνω) / Practice / Trading address (If different from above):

_____ Τ.Τ. / Postal Code: _____

Τηλ. / Tel.: _____ Κιν. / Mob.: _____ Τηλεομ. / Fax: _____

Διεύθυνση Αλληλογραφίας / Mail Address: _____ E-mail: _____

Περίοδος Ασφάλισης / Period of Insurance

Ημερ. Έναρξης / Inception Date: ...../...../..... Ημερ. Λήξης / Expiry Date: ...../...../.....

Γενικές Πληροφορίες / General Information

1. Παρακαλώ δηλώστε την ειδικότητά σας. Αν είστε χειρουργός παρακαλώ δώστε πλήρεις λεπτομέρειες για το είδος των χειρουργικών επεμβάσεων που ενεργείτε π.χ. Cardiac / Gender Reassignment / Elective Cosmetic / Elective T.O.P. / Organ Transplant / Keyhole / Laser Eye or other Major or Intermediate or Minor Surgery
Please state your specialization. If you are a Surgeon please give full details of the type of surgery performed e.g. Cardiac / Gender Reassignment / Elective Cosmetic / Elective T.O.P. / Organ Transplant / Keyhole / Laser Eye or other Major or Intermediate or Minor Surgery

_____

2. Παρακαλώ δηλώστε τις Ετήσιες Ακάθαρτες Απολαβές σας εξαιρουμένων των εισόδων από πωλήσεις αγαθών. Αν είναι καινούργια επιχείρηση παρακαλώ δηλώστε τις υπολογιζόμενες ακάθαρτες απολαβές των επόμενων 12 μηνών / What is your Total Gross Annual income excluding income from the sales of goods?
If new business please state estimate income for the forthcoming 12 months

€ ,00

3. Παρακαλώ δηλώστε περίπου το ποσοστό των εργασιών σας στις πιο κάτω κατηγορίες και δηλώστε κατά πόσο είστε εργοδοτούμενος ή αυτοεργοδοτούμενος / Please state the approximate percentage breakdown of your work between the following categories and state whether you are employed or self-employed

	Εργαζόμενος / Employed	Αυτοεργαζόμενος / Self-Employed
1. Ιδιωτική Ασχολία Ασφαλιζόμενου / The Proposer's Private Practice		
2. Δημόσια Νοσοκομεία, Κλινικές / Public Sector Hospitals, Nursing Homes		
3. Ιδιωτικά Χειρουργικά Νοσοκομεία, Κλινικές / Private Surgical Hospitals, Nursing Homes		
4. Ιδιωτικές Μη-Χειρουργικές Κλινικές / Private Non-Surgical Clinics		
5. Κλινικές Ασθενών / In-Patient Clinics		
6. Άλλες (παρ. δηλώστε) / Other (Please specify)		
ΟΛΙΚΟ / TOTAL		

4. Μήπως ο Προτείνων ή μέλος του προσωπικού που ασχολείται με την περίθαλψη των ασθενών έχει καταδικαστεί ή εκδιωχθεί 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 that minor traffic offences), professional disciplinary proceedings or inquiries?

Αν ΝΑΙ, παρακαλώ δηλώστε λεπτομέρειες / If YES, please give full details

ΝΑΙ / YES ☐ ΟΧΙ / NO ☐

_____

5. 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?

Αν ΝΑΙ, παρακαλώ δηλώστε ποιο κατά την περίοδο της συνδρομής/ εγγραφής σας / If YES, please state which and period of membership ΝΑΙ / YES ☐ ΟΧΙ / NO ☐

6. Έχει ποτέ συνδρομή σας με τέτοιο οργανισμό ή σώμα ανασταλεί, αποσυρθεί, τροποποιηθεί ή απορριφθεί ή εκδοθεί με ειδικούς όρους; /
Has membership of / registration with such organization / body ever been suspended, withdrawn amended or declined or had conditions attached? ΝΑΙ / YES ☐ ΟΧΙ / NO ☐

7. Είχατε προηγουμένως ασχοληθεί με το ίδιο επάγγελμα με διαφορετική επωνυμία; /
Have you ever engaged in a similar activity under a different name? ΝΑΙ / YES ☐ ΟΧΙ / NO ☐

8. Είχατε ποτέ συμβόλαιο Ασφάλισης Επαγγελματικής Ευθύνης; /
Have you ever been Insured for Medical Professional Liability? ΝΑΙ / YES ☐ ΟΧΙ / NO ☐

Αν ΝΑΙ, παρακαλώ δηλώστε / If YES, please state:
i.Ασφαλιστική Εταιρεία / The name of the Insurance Company: _____

ii. Την περίοδο ασφάλισης ή συνδρομής σας / The insurance period/s or the period/s of your membership: _____

iii. Τα ποσά 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 from): _____

v. Έχει ποτέ αίτησή σας για αυτού του είδους ασφαλιστική κάλυψη ή συνδρομή σας σε τέτοιο οργανισμό /
Has any application for this type of Insurance cover or membership of a Defence Body ever been
α) Απορριφθεί / Declined ΝΑΙ / YES ☐ ΟΧΙ / NO ☐
β) Ακυρωθεί / Cancelled ΝΑΙ / YES ☐ ΟΧΙ / NO ☐
γ) Απαιτηθούν ειδικοί όροι / Required special terms ΝΑΙ / YES ☐ ΟΧΙ / NO ☐

Αν ΝΑΙ, παρακαλώ δώστε πλήρεις λεπτομέρειες / If YES, please give full details:

Ιστορικό Απαιτήσεων / Previous Claims History

9. Δηλώστε όλες τις απαιτήσεις που έγιναν εναντίων του Προτείνοντα κατά τη διάρκεια των τελευταίων 10 χρόνων. Σε περίπτωση καμίας απαίτησης, παρακαλώ δηλώστε «ΚΑΝΕΝΑ» / List all claims made against the Proposer during the last 10 years. IF NONE, PLEASE STATE «NONE»

Ημερομηνία Συμβάντος Date of Incident	Ημερομηνία Απαίτησης Date of Claim	Ποσό Απαίτησης Amount Claimed	Πληρωτέο Ποσό Amount Paid	Εκκρεμές Ποσό Amount Outstanding	Λεπτομέρειες, συμπεριλαμβανομένης της φύσης των καταγγελιών και των στοιχείων του παραπονούμενου. Details, including the nature of the allegations and the claimant's details.

Σημείωση: Αν χρειαστεί χρησιμοποιήστε άλλο χαρτί / Note: If necessary please use separate sheet

ii. Λίστα των περιστατικών / παραπόνων που μπορεί να δώσουν αφορμή για απαίτηση εναντίων του Προτείνοντα. Αν δεν υπάρχει κανένα, παρακαλώ δηλώστε «ΚΑΝΕΝΑ» /
List all circumstances / complaints which may give rise to a claim being made against the Proposer. IF NONE, PLEASE STATE «NONE»

Ημερομήνια περιστατικών / παραπόνων Date of Circumstance / Complaint	Λεπτομέρειες που να αναφέρουν τη φύση του παραπόνου και στοιχεία του παραπονούμενου Details including nature of the Complaint and details of the Complainant

10. i) Έχετε δώσει όλες τις λεπτομέρειες στην ερώτηση 9 στην προηγούμενη Ασφαλιστική Εταιρεία
Have all of the above in question 9 been notified to your previous Underwriters ΝΑΙ / YES ☐ ΟΧΙ / NO ☐

ii) Η προηγούμενη Ασφαλιστική Εταιρεία έχει αποδεχθεί όλα τα πιο πάνω;
Have all of the above been accepted by your previous Underwriters? ΝΑΙ / YES ☐ ΟΧΙ / NO ☐

11. Παρακαλώ σημειώστε το όριο(α) ευθύνης που επιθυμείτε κάλυψη / Please indicate which limit(s) of indemnity you require quotations for:
Ανά περιστατικό / Per event

☐ €100.000 ☐ €250.000 ☐ €500.000 ☐ €750.000 ☐ €1,000.000 ☐ €1,200.000 ☐ Ελάχιστα όρια ΓΕΣΥ / Minimum GESY limits

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 triple of the limit)

12. Παρακαλώ σημειώστε το ποσό που επιθυμείτε για ποσό απαλλαγής
Please indicate the excess amount desired

€

13. Από ποια Ιατρική ή Οδοντιατρική Σχολή αποφοιτήσατε;
Which Medical / Dental School did you graduate from?

Ποια χρονιά; / In what year? _____

Βαθμός αποφοίτησης / Degree optained? _____

Παρακαλώ δώστε στοιχεία για επιπρόσθετα προσόντα ή για προσόντα που πρόκειται να αποκτήσετε στο μέλλον
Please give details of any additional or post graduate qualifications

Υπεύθυνη Δήλωση / Declaration

Δηλώνω/ουμε ότι ο,τιδήποτε αναφέρεται στην πρόταση αυτή είναι απόλυτα αληθές και ότι δεν έχω/ουμε αποκρύψει, παραποιήσει ή παραστήσει με ανακρίβεια οποιοδήποτε γεγονός. Συμφωνώ/ουμε 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 **Ypera Insurance Co. Ltd** 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 **Ypera Insurance Co. Ltd.**

I/We declare that 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 **Ypera Insurance Co. Ltd** or influence the acceptance of this Proposal and should the above particulars alter in any way I/We will advise **Ypera Insurance Co. 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 **Ypera Insurance Co. 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

ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ ΦΥΣΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΟΥ ΣΥΜΦΩΝΟΣ ΤΟΥ ΚΑΝΟΝΙΣΜΟΥ (ΕΕ) 2016/679.

Με βάση τις πρόνοιες του Περί Προστασίας των φυσικών προσώπων έναντι της επεξεργασίας των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα κανονισμού (ΕΕ) αρ.2016/679, η YperaInsuranceCo. Ltd (εφεξής η Ypera), έχει υποχρέωση και ευθύνη να διασφαλίζει ότι τα προσωπικά δεδομένα που σας αφορούν τυγχάνουν νόμιμης επεξεργασίας, είτε δόθηκαν είτε θα δοθούν οποτεδήποτε στο μέλλον από εσάς, σύμφωνα με το πιο πάνω κανονισμό.

Ο υπεύθυνος επεξεργασίας στο πλαίσιο των δραστηριοτήτων του θα προβαίνει στην εν όλο ή εν μέρει, αυτοματοποιημένη επεξεργασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα, καθώς και στην μη αυτοματοποιημένη επεξεργασία τέτοιων δεδομένων, είτε ανήκουν στις ειδικές κατηγορίες προσωπικών δεδομένων (ευαίσθητα) του άρθρου 9 του Κανονισμού (ΕΕ) 2016/679 στα οποία περιλαμβάνονται δεδομένα υγείας, είτε όχι, και τα οποία περιλαμβάνονται ή πρόκειται να περιληφθούν σε σύστημα αρχειοθέτησης που είναι συναφή και θα περιορίζονται στο αναγκαίο για τους σκοπούς για τους οποίους υποβάλλονται και θα επικαιροποιούνται σε εύλογα χρονικά διαστήματα. Βασικός σκοπός της επεξεργασίας, αποτελεί η παροχή των υπηρεσιών που ζητούνται από τον Προτείνοντα μέσω της παρούσας Πρότασηςκαι εάν εν συνεχεία εκδοθεί τυχόν ασφαλιστήριο συμβόλαιο, σε εξέταση τυχόν υποβαλλόμενης απαίτησης.

Η Ypera θα διαβιβάζει τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα που σας αφορούν, σε τρίτο μέρος στο βαθμό που αυτό απαιτείται ως συμβατική αναγκαιότητα, λόγω νομικών υποχρεώσεων και/ή προστασία νόμιμου συμφέροντος της, με τους οποίους τηρούνται συμφωνίες εμπιστευτικότητας για την εκτέλεση των καθηκόντων τους:
Η επεξεργασία δεδομένων είναι εμπιστευτική και θα διεξάγεται μόνο από πρόσωπα που είναι υπό τον έλεγχο του υπευθύνου επεξεργασίας και μόνο κατ' εντολή του με τρόπο που εγγυάται την ασφάλεια τους. Οποιονδήποτε δεδομένο προσωπικού χαρακτήρα δεν θα αποκαλύπτεται σε τρίτα πρόσωπα, πλην των περιπτώσεων όπου η νομοθεσία το επιτρέπει ή το επιβάλλει και/ή όπου υπάρχει περαιτέρω ρητή συγκατάθεση σας.

I. ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ "ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ ΚΑΙ/Η ΕΝ ΔΥΝΑΜΕΙ ΝΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΕΙ ΠΡΟΣΩΠΟΥ"
- Να ανακαλέσετε την παρούσα συγκατάθεση σας προς επεξεργασία των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα σας (νοείται ότι η ανάκληση της συγκατάθεσης δεν θίγει την νομιμότητα της επεξεργασίας που βασίστηκε στην συγκατάθεση σας προ της ανάκλησης)
- Να λαμβάνετε από τον υπεύθυνο επεξεργασίας επιβεβαίωση για το κατά πόσο ή όχι τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα σας που έχουν συλλεχθεί και σας αφορούν υφίστανται επεξεργασία, εάν δε συμβαίνει τούτο έχετε επίσης το δικαίωμα πρόσβασης και ενημέρωσης για τα δεδομένα αυτά κατόπιν σχετικού αιτήματος σας.
- Να απαιτήσετε από τον υπεύθυνο επεξεργασίας, τη διόρθωση ανακριβών δεδομένων ή την συμπλήρωση των προσωπικών δεδομένων που σας αφορούν.
- Να ζητήσετε από τον υπεύθυνο επεξεργασίας, να διαγράψει ή να περιορίσει την επεξεργασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα που σας αφορούν.
- Να λαμβάνετε τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα που σας αφορούν και τα οποία έχετε παράσχει σε υπεύθυνο επεξεργασίας σε αναγνώσιμη μηχανική μορφή και να τα διαβιβάζετε σε άλλο υπεύθυνο επεξεργασίας, χωρίς αντίρρηση από τον υπεύθυνο επεξεργασίας στον οποίο παρασχέθηκαν. Επίσης να ζητάτε την απευθείας διαβίβαση των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα που σας αφορούν από έναν υπεύθυνο επεξεργασίας σε άλλο, σε περίπτωση που αυτό είναι τεχνικά εφικτό.

Η άσκηση των πιο πάνω δικαιωμάτων σας θα γίνεται με γραπτό αίτημα σας προς τον υπεύθυνο προστασίας προσωπικών δεδομένων στο τηλεομοιότυπο 24 828290 ή στο email DPO@ypera.com.cy ή στην διεύθυνση Μεδούσης 2, 6059 Λάρνακα, με συστημένη επιστολή. Ο Υπεύθυνος επεξεργασίας είναι υπόχρεος να σας απαντήσει εντός ενός (1) μηνός από την παραλαβή του αιτήματος σας. Η προθεσμία αυτή μπορεί να παραταθεί κατά δύο (2) ακόμη μήνες, εφόσον απαιτείται λαμβανομένου υπόψη της πολυπλοκότητας του αιτήματος και του αριθμού των αιτημάτων σας. Μπορείτε να μάθετε περισσότερα σχετικά με το πως χρησιμοποιούμε τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα διαβάζοντας την Πολιτική Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων μας διαθέσιμη στο www.ypera.com.cy/el/gdpr

II. ΑΡΝΗΣΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ
Σε άρνηση συγκατάθεσης σας στην συλλογή και επεξεργασία των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα που σας αφορούν, η Ypera, θα έχει το δικαίωμα να απορρίψει την πρόταση ασφάλισης ή την πρόσθετη πράξη, αφού δεν θα είναι σε θέση να την εξετάσει ή να τερματίσει το ασφαλιστήριο συμβόλαιο ή να απορρίψει απαίτηση για αποζημίωση σας.

III. ΔΗΛΩΣΗ
Έχω διαβάσει, ενημερωθεί και κατανοήσει πλήρως το περιεχόμενο της παρούσας δήλωσης και με ελεύθερη βούληση την υπογράφω δίδοντας την ρητή συγκατάθεση μου για την συλλογή και επεξεργασία των δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα που με αφορούν από τον υπεύθυνο επεξεργασίας συμφώνως του Νόμου και Κανονισμού (ΕΕ).

Ο/Η ΔΗΛΩΝ /ΟΥΣΑ

Ονοματεπώνυμο	Αρ. Ταυτότητας	Υπογραφή	Ηλεκτρονική Υπογραφή	Ημερομηνία

Προαιρετική συγκατάθεση για τη λήψη ενημερωτικού και/ή διαφημιστικού υλικού και/ή πληροφοριών για την ασφαλιστική σύμβαση και/ή συναλλαγή και/ή για την ασφαλιστική εταιρεία, καθώς και για την προώθηση και πώληση υλικών και/ή άυλων προϊόντων και αγαθών και υπηρεσιών εξ αποστάσεως από την YperaInsuranceCo. Ltd.

ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

CONSENT ACCORDING TO THE PROCESSING OF PERSONAL DATA (PROTECTION OF NATURAL PERSONS) REGULATION (EU) 2016/679.

According to the provisions of the processing of personal data (protection of natural persons) Regulation (EU) No.2016 / 679, Ypera Insurance Co Ltd (hereafter Ypera) has the obligation and responsibility to ensure that personal data relating to you are legitimately processed, whether are given or will be given at any given time in the future, in accordance with the above stated Regulation.

The data Controller in the context of its activities will proceed with the fully or partially automated processing of personal data, as well as the non-automated processing of such data, whether they belong to the special categories of personal data (sensitive) of Article 9 of Regulation (EU) 2016/679 which include health data, or not, and which are included and/or are to be included in a filing system that is relevant and will be limited to what is necessary for the purposes for which they are submitted and will be updates at reasonable intervals. The main purpose of the processing is to provide the services requested by the Proposer through this Proposal and, if any insurance policy is subsequently issued, to examine any claim submitted.

Ypera will transmit the personal data concerning you to a third party to the extent that this is required as a contractual necessity, due to legal obligations and/or protection of its legitimate interest, with which confidentiality agreements are observed for the performance of their duties. Data processing is confidential and as such will only be carried out by persons under the control of the Controller and only at his command in a way that guarantees their security. Any personal data will not be disclosed to third parties, except in cases where the law allows and/or requires it and /or where there is any further express consent from you.

I. RIGHTS OF INSURED PERSON AND / OR POTENTIAL TO BE INSURED PERSON
- Revoke your consent to process your personal data (it is understood that withdrawal of consent does not affect the legitimacy of the processing based on your consent given prior to revocation).
- Receive a confirmation from the Controller that your personal data collected and related to you are being processed, if this is not the case, you also have the right to access and update this data upon your request.
- Request from the Controller to correct any inaccurate data and/or duly complete your personal data.
- Request from the Controller to delete or restrict the processing of personal data concerning you without undue delay if they are no longer necessary in relation to the purpose they have been collected or submitted, if you withdraw your consent, if you object to processed, or if there are no longer any imperative and legitimate reasons for processing, if an unlawful processing has been performed, if the data is to be deleted under Law or if you question the accuracy of the data and their limitation until they are verified by the Controller. Subject to the exceptions of Articles 17 (3) and 18 (2) of the Regulation.
- Receive your personal data that you have provided to the Controller in a readable electronic form and forward them to another processor without objection from the Controller to whom they were provided. Also ask for the direct transmission of personal data from one Controller to another, if technically feasible.

Your above stated rights could be exercised with your written request to the Data Protection Officer via fax: 24 828290 or via email to DPO@ypera.com.cy or via registered mail at Medousis Street 2, 6059 Larnaca. The DPO is obliged to respond within one (1) month of receipt of your request. This period may be extended by two (2) more months, if necessary, taking into account the complexity of the request and/or the sum of your requests. You can learn more about how we process personal data by reading our GDPR policy available at www.ypera.com.cy/el/gdpr

II. REFUSAL OF CONSENT
Denial of your consent to the collection and processing of your personal data, Ypera Insurance Co Ltd will have the right to reject the insurance proposal or the additional act, since it will not be able to examine it or terminate the policy or reject a claim for compensation.

III. STATEMENT
I have duly read and fully understand the content of this statement and with free will I sign it by giving my explicit consent for the collection and processing of my personal data by the controller in accordance with the Law and Regulation (EU).

Full Name	ID card	Signature	e-Signature	Date

The declarant
Optional consent to receive information and/or promotional material and/or information about the insurance contract and/or transaction and/or the insurance company; as well as for the promotion and sale of materials and/or intangible goods and both services and remote services provided by Ypera Insurance Co Ltd.

I hereby explicitly declare that I agree to receive from me the above-mentioned information.

Optional consent to receive informative and/or advertising material and/or any other information about the insurance contract and/or transaction and/or about the insurance company, as well as for the promotion and sale of material and/or intangible products and goods & services remotely by Ypera Insurance Co Ltd

YES ☐ NO ☐

Ο Δηλών / The declarant

Ονοματεπώνυμο / Name and Surname: _____

Υπογραφή / Signature: _____ Αριθμός Ταυτότητας / Identity No.: _____ Ημερομηνία / Date: _____

_____ _____

Ηλεκτρονική Υπογραφή / e-Signature Ημερομηνία / Date

Η ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΕΠΙΦΥΛΑΣΣΕΙ ΤΟ ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΝΑ ΑΠΟΡΡΙΨΕΙ ΟΠΟΙΑΔΗΠΟΤΕ ΠΡΟΤΑΣΗ / THE COMPANY RESERVES THE RIGHT TO REJECT ANY PROPOSAL