

Κωδ. Αντιπροσώπου  
Agent's Code

Όνομα Αντιπροσώπου  
Agent's Name

1. Name of proposer / Όνομα Προτείνοντα : \_\_\_\_\_ ID/Ταυτ: \_\_\_\_\_

2. All operating addresses / Διεύθυνση Εργασίας: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_ Tel/Τηλ.: \_\_\_\_\_

3. Registration number with Superintendent: \_\_\_\_\_ Category of Registration:  
Αρ. Εγγραφής στον Έφορο Ασφαλίσεων: \_\_\_\_\_ Κατηγορία Εγγραφής: \_\_\_\_\_

4. Period of Insurance / Περίοδος Ασφάλισης  
From / Από: ...../...../..... Until / Μέχρι: ...../...../.....

5. Date of establishment: \_\_\_\_\_ 5. Name of insurance companies you co-operate with:  
Ημερομηνία Έναρξης Εργασιών: \_\_\_\_\_ Ασφαλιστικές Εταιρείες που συνεργάζεστε: \_\_\_\_\_

6. Income details/Λεπτομέρειες Εισοδήματος:	Last financial year/ Προηγούμενο Οικονομικό Έτος	Current financial year / Τρέχον Οικονομικό Έτος	Estimate for next financial year / Υπολογιζόμενο για επόμενο οικονομικό έτος
Total gross premium / Ολικά Μεικτά Ασφάλιστρα:	€	€	€
Total fees - commission / Ολικά δικαιώματα - προμήθειες:	€	€	€

7. Split of income / Ανάλυση Εισοδήματος:	Non-Life / Εκτός Ζωής	Life / Ζωής	Marine or Aviation / Θαλάσσιων Κινδύνων ή Αεροπολίας
	%	%	%

8. Staff details / Λεπτομέρειες προσωπικού:	Number of partners / Αριθμός Συνεταίρων	Total Number of Employees / Ολικός Αρ. Υπαλλήλων

9. Do you have sub-agents who work on your behalf? Έχετε μεσαζόντες που εργάζονται για λογαριασμό σας?	YES / ΝΑΙ	NO / ΟΧΙ
If Yes, Number of sub-agents / Αν Ναι, αριθμός μεσαζόντων		
% of work carried out via sub-agents / % εργασιών μέσω μεσαζόντων		

10. Have you ever held or do you currently hold any authority to issue policies or handle claims on behalf of Insurers? If yes, please answer attached authority questionnaire. Έχετε εξουσιοδότηση να εκδίδετε συμβόλαια (ή καλυπτικά σημειώματα / cover notes) ή να χειρίζεστε απαιτήσεις εκ μέρους Ασφαλιστικών Εταιρειών? Αν ναι, παρακαλώ συμπληρώστε το σχετικό ερωτηματολόγιο.	YES / ΝΑΙ	NO / ΟΧΙ

11. Does any of your income come from clients domiciled outside Cyprus or is any of your income placed with insurers outside Cyprus? If Yes, please provide full details. Μέρος του εισοδήματος σας προέρχεται από πελάτες με μόνιμη κατοικία το εξωτερικό ή τοποθετείτε σε ασφαλιστικές εταιρείες εκτός Κύπρου? Αν ναι, δώστε πλήρης λεπτομέρειες.	YES / ΝΑΙ	NO / ΟΧΙ

12. Have any Professional Indemnity claims ever been made against the proposer, its' partners, or employees? If YES, please provide full details. Είχαν εγερθεί ποτέ εναντίων εσάς, συνεταίρων ή υπαλλήλων σας απαιτήσεις Επαγγελματικής Ευθύνης? Αν Ναι, δώστε λεπτομέρειες.	YES / ΝΑΙ	NO / ΟΧΙ

13. Are you aware of any circumstances which may give rise to a claim against you? If YES, please provide full details. Γνωρίζετε οποιοδήποτε συνθήκες που μπορεί να εγείρουν οποιοδήποτε απαιτήσεις εναντίων σας? Αν Ναι, δώστε λεπτομέρειες.	YES / ΝΑΙ	NO / ΟΧΙ

14. Have you ever bought PI insurance before? / Είσασαν προηγουμένως ασφαλισμένος για Επαγγελματική Ευθύνη? Insurance company / Ασφαλιστική Εταιρεία: _____	YES / ΝΑΙ	NO / ΟΧΙ
Retroactive date of current policy / Αναδρομική Ημερομηνία τρέχοντος συμβολαίου: _____		

LIMITS OF LIABILITY / ΌΡΙΑ ΚΑΛΥΨΗΣ €1,564,610 any one claim / άνα περιστατικό  
€2,315,610 in the aggregate / ανά περίοδο κάλυψης

EXCESS AMOUNT / ΠΟΣΟ ΑΠΑΛΛΑΓΗΣ €1,500 per claim / ανά απαίτηση

If the answer to any of the above questions (9-14), is YES, please provide full details.  
Αν έχετε απαντήσει ΝΑΙ, σε κάποια από τις πιο πάνω ερωτήσεις (9-14), παρακαλώ δώστε πλήρης λεπτομέρειες.

## Είδικός Όρος, αναφορικά με το πρώτο αφαιρέτεο ποσό / Specific Term, referring to the deductible amount (excess)

Η Ασφαλιστική Εταιρεία σε περίπτωση που ήθελε υποχρεωθεί και/ή κατά την απόλυτο της κρίση αποφασίσει να καταβάλει οποιοδήποτε ποσό και/ή αποζημίωση κατόπιν υποβολής απαίτησης δυνάμει των όρων και εξαιρέσεων του ασφαλιστηρίου συμβολαίου και/ή λόγω υποχρεώσεων της δυνάμει της Νομοθεσίας θα καταβάλει ολόκληρο το ποσό της απαίτησης συμπεριλαμβανομένου και του αφαιρέτεου ποσού (excess) που συμφωνήθηκε μεταξύ της Εταιρείας και του ασφαλιζόμενου. Νοείται όμως, ότι ο ασφαλιζόμενος έχει υποχρέωση όπως εντός δέκα (10) ημερών από την αποστολή γραπτής απαίτησης σε αυτόν από την ασφαλιστική εταιρεία στην τελευταία του γνωστή διεύθυνση μέσω απλού ταχυδρομείου και/ή την αποστολή γραπτής απαίτησης μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου και/ή με την αποστολή γραπτής απαίτησης μέσω τηλεμοιότυπου, θα είναι υποχρεωμένος να της καταβάλει το αφαιρέτεο ποσό (excess) που υποχρεώθηκε να καταβάλει και/ή κατά την απόλυτο της κρίση κατέβαλε κατόπιν υποβολής απαίτησης.

The insurance company in case it is obligated and in its absolute discretion, will undertake the responsibility to pay the full amount of the claim including the deductible (excess) under the terms and conditions of the insurance contract and / or due to its obligations under the Law as agreed between the company and the insured. However, the insured person has an obligation such as within ten (10) days of a written claim is sent to him / her from the insurance company at his last known address via either simple mail and/or email and/or by sending the claim via fax, he will be obliged to pay to the company the deductible amount (excess).

## Υπεύθυνη Δήλωση / Declaration

Δηλώνω υπεύθυνα ότι οι πιο πάνω δηλώσεις και όλα τα στοιχεία που έχουν δοθεί είναι αληθή και ότι δεν έχουμε παραποιήσει ή καταστήσει εσφαλμένα οποιαδήποτε ουσιαστικά γεγονότα. Συμφωνώ ότι η παρούσα πρόταση μαζί με οποιοδήποτε άλλες πληροφορίες που παρέχονται από έμένα / εμάς αποτελούν τη βάση οποιασδήποτε σύμβασης ασφάλισης που πραγματοποιείται εδώ. Εγώ / εμείς αναλαμβάνουμε να ενημερώσουμε τους αναδόχους για οποιοδήποτε ουσιαστικές αλλαγές στα δεδομένα αυτά που συνέβησαν πριν από την ολοκλήρωση της σύμβασης ασφάλισης. / I declare that the statements and particulars in this proposal form are true and that i/we have not mis-stated or suppressed any material facts. I/we agree that this proposal form together with any other information supplied by me/us shall form the basis of any contract of insurance affected hereon. I/ we undertake to inform underwriters of any material alteration to these facts occurring before completion of the contract of insurance.

Proposer's Signature / Υπογραφή Προτεινόντα:

Date / Ημερομηνία:

## 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 YperaInsurance Co.Ltd (εφεξής η Ypera), έχει υποχρέωση και ευθύνη να διασφαλίζει ότι τα προσωπικά δεδομένα που σας αφορούν τυχόν νομίμως 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 βρoθεί 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 (ειασθήσιμα) 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 αρχαιοθήκης 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 Προτεινόντα μέσω της παρούσας Πρότασης και 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 αυστηρές εμπιστευτικότητας για την εκτέλεση των καθηκόντων τους. Η επεξεργασία δεδομένων είναι εμπιστευτική και θα διεξάγεται μόνο από πρόσωπα που είναι υπό τον έλεγχο του υπεύθυνου επεξεργασίας και μόνο κατ' εντολή ή με το τρόπο που εγγυάται την ασφάλεια τους. Οποιοδήποτε 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 προς τη ανάκληση)
- 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 δεν 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 παρασχεθήκαν. Επίσης να ζητάτε την απεύθυνση 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 τηλεμότυπο 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](http://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 τηματοποιήσει το ασφαλιστήριο συμβόλαιο ή να απορρίψει απαίτηση για αποζημίωση σας.

### III. ΔΗΛΩΣΗ

Εγώ διαβάζει, ενημερωθεί και κατανοήσι 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

Όνοματεπώνυμο      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 άλλων 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](mailto: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](http://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