

Ασφάλιση Επαγγελματικής Ευθύνης – Πρόταση Ασφάλισης Professional Liability Insurance – Proposal Form

(ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΑΜΕΛΕΙΑ ΙΑΤΡΩΝ, ΦΑΡΜΑΚΟΠΟΙΩΝ ΚΑΙ ΑΛΛΩΝ ΠΑΡΟΧΩΝ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΚΑΙ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ - PROFESSIONAL LIABILITY FOR DOCTORS, PHARMACISTS AND OTHER PROVIDERS OF MEDICAL AND HEALTHCARE SERVICES)

Στοιχεία Προτείνοντα/ Proposer's Particulars

Όνομα/ Name: _____ Επώνυμο/ Surname: _____
 Αρ. Ταυτότητας/ Identity Card No.: _____ Αρ. Εγγραφής Εταιρείας/ Company's Registration No.: _____
 Διεύθυνση Εργασίας/ Work Address: _____
 Πόλη/ Town: _____ T.K./ Postcode: _____
 Τηλ. Εργασίας/ Business Tel. No.: _____ Κινητό Τηλ./ Mobile Tel. No.: _____ Φαξ/ Fax: _____
 Ηλεκτρονική Διεύθυνση/ Email Address: _____
 Επάγγελμα και Ειδικότητα/ Occupation and Profession: _____
 Ημερομηνία Έναρξης Εργασιών/ Date of Establishment: _____

Περίοδος Ασφάλισης/ Period of Insurance

Από/ From: _____ Μέχρι/ To: _____

Γενικές Πληροφορίες για τον Προτείνοντα / General Information for the Proposer

(Σε περίπτωση **Νομικού Προσώπου**, οι πληροφορίες να αναφέρονται στον Ιατρό, Φαρμακοποιό ή άλλο Παροχέα, ανάλογα)
 (In case of **Legal Entity**, the details shall refer to the Doctor, Pharmacist or other Provider, accordingly)

1α. Από ποια Ιατρική Σχολή ή Πανεπιστήμιο αποφοιτήσατε;/ Which Medical School or University did you graduate from?

1β. Έτος αποφοίτησης/ Year of graduation: _____

2. Πού ασκήσατε το επάγγελμά σας μετά την αποφοίτησή σας; Δώστε λεπτομέρειες/
 Where did you practice your profession since graduation? Please provide details

Στο/ At _____	Από/ From _____	Μέχρι/ To _____
Στο/ At _____	Από/ From _____	Μέχρι/ To _____
Στο/ At _____	Από/ From _____	Μέχρι/ To _____

3. Έχετε εξασφαλίσει την προβλεπόμενη από τη Νομοθεσία άδεια άσκησης επαγγέλματος στην πιο πάνω διεύθυνση εργασίας;
 Are you duly licensed in accordance with Law to practice at the above work address? NAI/ YES OXI/ NO

4. Είστε Μέλος Επαγγελματικού Συνδέσμου; Αν ΝΑΙ, δώστε λεπτομέρειες/
 Are you a member of a Professional Association? If YES, provide details NAI/ YES OXI/ NO

5. Αν είστε εγγεγραμμένος Παροχέας Υπηρεσιών Φροντίδας Υγείας στο Γ.ε.Σ.Υ., δώστε λεπτομέρειες και κωδικό Γ.ε.Σ.Υ.
 If you are a registered Health Care Provider for the G.H.S, please provide details of registration and G.H.S Code. NAI/ YES OXI/ NO

Κωδικός Γ.ε.Σ.Υ./ G.H.S Code _____

6. Δηλώστε τις παρούσες και προβλεπόμενες δραστηριότητες σας/
 State the nature of your present and planned professional activities:

6α. Ασκεί ο Προτείνοντας ή προτεινόμενο Ασφαλισμένο Πρόσωπο, καθήκοντα ως/
 Is the Proposer or proposed Person to be Insured, practicing as:

- | | | |
|------------------------------------------------|-----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| α) Προσωπικός- Γενικός Ιατρός | /General Practitioner – Personal Doctor | NAI/ YES <input type="checkbox"/> OXI/ NO <input type="checkbox"/> |
| β) Φαρμακοποιός | /Pharmacist | NAI/ YES <input type="checkbox"/> OXI/ NO <input type="checkbox"/> |
| γ) Χημικός ή Αιματολόγος Εργαστηρίου | /Laboratory Chemist or Haematologist | NAI/ YES <input type="checkbox"/> OXI/ NO <input type="checkbox"/> |
| δ) Ακτινολόγος /Βιολόγος Εργαστηρίου | /Laboratory /Radiologist or Biologist | NAI/ YES <input type="checkbox"/> OXI/ NO <input type="checkbox"/> |
| ε) Νοσηλεύτης /Φυσιοθεραπευτής | /Nurse /Physiotherapist | NAI/ YES <input type="checkbox"/> OXI/ NO <input type="checkbox"/> |
| ζ) Λογοθεραπευτής | /Speech Therapist | NAI/ YES <input type="checkbox"/> OXI/ NO <input type="checkbox"/> |
| η) Εργοθεραπευτής | /Occupational Therapist | NAI/ YES <input type="checkbox"/> OXI/ NO <input type="checkbox"/> |
| θ) Κλινικός Διατροφολόγος | /Clinical Nutritionist | NAI/ YES <input type="checkbox"/> OXI/ NO <input type="checkbox"/> |
| ι) Κλινικός Ψυχολόγος | /Clinical Psychologist | NAI/ YES <input type="checkbox"/> OXI/ NO <input type="checkbox"/> |
| κ) Οδοντίατρος (εξαιρουμένων οδοντοχειρουργών) | /Dentist (other than dental surgeon) | NAI/ YES <input type="checkbox"/> OXI/ NO <input type="checkbox"/> |
| λ) Άλλα καθήκοντα ή ειδικότητα | /Other specialty or practice | NAI/ YES <input type="checkbox"/> OXI/ NO <input type="checkbox"/> |

Περιγράψτε πλήρως τις παρεχόμενες υπηρεσίες/ Please describe in detail the services provided:

6β. Συμμετέχει ο Προτείνοντας ή οποιοδήποτε προτεινόμενο Ασφαλισμένο Πρόσωπο, στην παροχή οποιασδήποτε μορφής χειρουργικής διαδικασίας; Αν ΝΑΙ δώστε λεπτομέρειες/

Is the Proposer or any other proposed Person to be Insured involved in the provision of any surgical procedures? If YES, please provide details
NAI/ YES OXI/ NO

6γ. Συμμετέχει ο Προτείνοντας ή οποιοδήποτε προτεινόμενο Ασφαλισμένο Πρόσωπο, σε παροχή πρώτων βοηθειών; Αν ΝΑΙ δώστε λεπτομέρειες/

Is the Proposer or any other proposed Person to be Insured involved in the provision of first-aid services? If YES, please provide details
NAI/ YES OXI/ NO

6δ. Δώστε λεπτομέρειες των προτεινόμενων Ασφαλισμένων Προσώπων που εργοδοτούνται από εσάς/
Please provide details of the proposed Persons to be Insured, employed by you:

Όνοματεπώνυμο Name/Surname	Ταυτότητα & Ημ. Γεννήσεως Identity Number & Birth Date	Προσόντα Qualifications	Απασχόληση-Καθήκοντα Occupation-Duties
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

6ε. Αριθμός των εγγεγραμμένων ασθενών/ Number of registered patients _____

Υπολογιζόμενος Ετήσιος Κύκλος Εργασιών/ Estimated Annual Turnover € _____

6ζ. Εργοδοτείται από ή παρέχει υπηρεσίες ο Προτείνοντας ή οποιοδήποτε προτεινόμενο Ασφαλισμένο Πρόσωπο σε, οποιοδήποτε άλλο φυσικό ή νομικό πρόσωπο, επιχείρηση ή οντότητα; Αν ΝΑΙ, δώστε πλήρη στοιχεία και λεπτομέρειες/
Is the Proposer or any other proposed Person to be Insured employed by or offers services to any other physical or legal person, firm or entity?
If YES, please provide full details

NAI/ YES OXI/ NO

6η. Είναι ο Προτείνοντας ή οποιοδήποτε προτεινόμενο Ασφαλισμένο Πρόσωπο, ιδιοκτήτης, συνιδιοκτήτης ή διαχειρίζεται ή διευθύνει ή προσφέρει υπηρεσίες εντός ή για λογαριασμό οποιοδήποτε νοσοκομείου, ιατρικού ιδρύματος, κλινικής ή μονάδας φροντίδας και αποκατάστασης ή άλλου ιδρύματος όπου παρέχονται ιατρικές υπηρεσίες; Αν ΝΑΙ, δώστε λεπτομέρειες καθώς επίσης και τον αριθμό κλινών και δωματίων/
Is the Proposer or any proposed Person to be Insured, the owner fully or partly, or is he operating or managing or offering services at or on behalf of any hospital, medical institution, clinic or nursing or rehabilitation center or other institution where medical services are provided?
If YES, please provide details as well as the number of beds and rooms

NAI/ YES OXI/ NO

Αριθμός κλινών ή δωματίων/ Number of beds or rooms _____

6θ. Χρησιμοποιείτε ακτινολογικά ή άλλα μηχανήματα ή εξοπλισμό ή συσκευές λέιζερ; Αν ΝΑΙ, δώστε τον αριθμό και τύπο των μηχανημάτων και συσκευών και δηλώστε κατά πόσο αυτά χρησιμοποιούνται για διαγνωστικούς, θεραπευτικούς ή άλλους σκοπούς/
Do you operate any X-ray or other machinery or equipment or laser devices? If YES, please provide the number and type of machinery and equipment, indicating whether these are used for diagnostic, therapeutic or other purposes

NAI/ YES OXI/ NO

Ιστορικό Ασφάλισης και Απαιτήσεων/ Insurance History and Claims

1. Δηλώστε προηγούμενες ή άλλες ασφαλιστικές καλύψεις για επαγγελματική αμέλεια/
Please provide previous or other insurance held in respect professional liability cover

Όνομα Ασφαλιστικής Εταιρείας Name of Insurance Company	Περίοδος Ασφάλισης Period of Insurance	Όριο Αποζημίωσης Limit of Liability
	Από _____ Μέχρι _____ From _____ To _____	€ _____
	Από _____ Μέχρι _____ From _____ To _____	€ _____

2. Δηλώστε αν οποιοσδήποτε Ασφαλιστής έχει ποτέ στο παρελθόν σε σχέση με αίτηση του Προτείνοντα ή οποιοδήποτε προτεινόμενου Ασφαλισμένου Προσώπου για ασφάλιση ή ανανέωση ασφαλιστηρίου:/
Please state whether any Insurer has at any time in relation to an application of the Proposer or any proposed Person to be Insured, for insurance or renewal of an insurance policy:

- α) επιβάλλει αυξημένο ασφάλιστρο/ required an increased premium NAI/ YES OXI/ NO
- β) επιβάλλει ειδικούς όρους ή περιορισμούς στην κάλυψη/ imposed special terms or restrictions in cover NAI/ YES OXI/ NO
- γ) τερματίζει ή αρνείται ανανέωση του ασφαλιστηρίου/ terminated or refused renewal of the policy NAI/ YES OXI/ NO

Αν απαντήσατε ΝΑΙ σε οποιοδήποτε από τα πιο πάνω, δώστε λεπτομέρειες/ If your answer to any of the above is YES, please provide details

3. Έχουν υποβληθεί απαιτήσεις ή αγωγές για ιατρική ή επαγγελματική αμέλεια εναντίον σας ή εναντίον οποιοδήποτε προτεινόμενου Ασφαλισμένου Προσώπου κατά τη διάρκεια των τελευταίων πέντε ετών; Αν ΝΑΙ, δώστε λεπτομέρειες αναφέροντας και το ποσό που καταβλήθηκε για κάθε απαίτηση/
Have any claims or legal actions for malpractice or professional negligence been made against you or against any proposed Person to be Insured during the past five years? If YES, please provide details specifying the amount paid for every claim

NAI/ YES OXI/ NO

4. Είστε εσείς ή οποιοδήποτε προτεινόμενο Ασφαλισμένο Πρόσωπο, ενήμερος ή γνωρίζετε για οποιοδήποτε περιπτώσεις ή συμβάντα που μπορεί να οδηγήσουν σε μελλοντική απαίτηση; Αν ΝΑΙ, δώστε λεπτομέρειες/
Are you or any proposed Person to be Insured, aware of any circumstances or events likely to give rise to a future claim? If YES, please provide details

NAI/ YES OXI/ NO

Ελάχιστα Όρια Αποζημίωσης και Αφαιρετέο Ποσό/ Minimum Limits of Liability and Deductibles

1. Για **ΦΥΣΙΚΑ ΠΡΟΣΩΠΑ** ισχύουν τα πιο κάτω Ελάχιστα Όρια Αποζημίωσης ανάλογα με την κατηγορία ή ιατρική ειδικότητα
For **PHYSICAL PERSONS**, the following Minimum Limits of Liability apply, according to classification or medical specialty

Κατηγορία – Ιατρική Ειδικότητα Classification – Medical Specialty	Όριο Αποζημίωσης ανά Περιστατικό Limit of Liability for any one Occurrence	Ετήσιο Όριο για Έξοδα Υπεράσπισης Annual Limit for Defence Costs	Ετήσιο Συνολικό Όριο Αποζημίωσης Annual Aggregate Limit of Liability	Αφαιρετέο Ποσό Deductible
Προσωπικός - Γενικός Ιατρός/ Φαρμακοποιός/ Χημικός/ Αιματολόγος/ Βιολόγος/ Ακτινολόγος σε Εργαστήριο General Practitioner/ Pharmacist/ Chemist/ Haematologist/ Biologist/ Laboratory Radiologist	€300.000	€50.000	€600.000	€750
Νοσηλεύτης/ Φυσιοθεραπευτής/ Λογοπαθολόγος/ Εργοθεραπευτής/ Κλινικός Διαιτολόγος/ Κλινικός Ψυχολόγος Nurse/ Physiotherapist/ Speech Therapist/ Occupational Therapist/ Clinical Dietologist/ Clinical Psychologist	€100.000	€50.000	€200.000	€500
Οδοντίατρος (εξαιρουμένων οδοντοχειρουργών) Dentist (other than dental surgeon)	€50.000	€50.000	€100.000	€500

2. Για **NΟΜΙΚΑ ΠΡΟΣΩΠΑ** ισχύουν τα πιο κάτω Ελάχιστα Όρια Αποζημίωσης ανάλογα με την κατηγορία ή ιατρική ειδικότητα
For **LEGAL ENTITIES**, the following Minimum Limits of Liability apply, according to classification or medical specialty

Κατηγορία – Ιατρική Ειδικότητα Classification – Medical Specialty	Όριο Αποζημίωσης ανά Περιστατικό Limit of Liability for any one Occurrence	Ετήσιο Όριο για Έξοδα Υπεράσπισης Annual Limit for Defence Costs	Ετήσιο Συνολικό Όριο Αποζημίωσης Annual Aggregate Limit of Liability	Αφαιρετέο Ποσό Deductible
Υπηρεσίες Προσωπικού – Γενικού Ιατρού/ Φαρμακείο/ Χημείο/ Ιατρικό Εργαστήριο/ Ακτινολογικό ή Διαγνωστικό Κέντρο Services of General Practitioner/ Pharmacy/ Chem-Lab/ Med-Lab/ Diagnostic Centre	€600.000	€50.000	€1.200.000	€1.500
Νοσηλευτικές Υπηρεσίες/ Φυσιοθεραπευτήρια/ Λογοθεραπευτήρια/ Εργοθεραπευτήρια/ Υπηρεσίες Κλινικής Διαίτολογίας/ Υπηρεσίες Κλινικής Ψυχολογίας Nursing Services/ Physiotherapeutic Centre/ Speech Therapy Services/ Occupational Therapy Services/ Clinical Diet Services/ Clinical Psychology Services	€200.000	€50.000	€400.000	€1.000
Οδοντιατρεία (εξαιρουμένων οδοντοχειρουργών) Dental Clinics (other than dental surgery)	€120.000	€50.000	€240.000	€1.000

Επεκτάσεις στην Ασφαλιστική Κάλυψη/ Extension of Insurance Cover

1. Αν επιθυμείτε αναδρομική εφαρμογή της κάλυψης δηλώστε πιο κάτω την Ημερομηνία Αναδρομικής Ισχύος που επιθυμείτε, επισυνάπτοντας αποδεικτικά στοιχεία για συνεχή ασφάλιση σας κατά την περίοδο αυτή/
Please specify below the Retroactive Date for commencement of the retroactive cover required, providing evidence of uninterrupted insurance cover for such period

Ημερομηνία Έναρξης Αναδρομικής Ισχύος/ Date of commencement of Retroactive Applicable	1 ^η Ιουνίου 2019 / 1 st June 2019	<input type="checkbox"/>
	1 ^η Ιουνίου 2020 / 1 st June 2020	<input type="checkbox"/>
	Άλλη / Other _____*	<input type="checkbox"/>

* Η μέγιστη περίοδος αναδρομικής ισχύος είναι 3 έτη πριν από την ημερομηνία έναρξης της ασφάλισης αυτής/ The Retroactive Cover is offered for a maximum of 3 years prior to the inception of this insurance

2. Επιθυμείτε κάλυψη αναφορικά με απώλεια εγγράφων;/ Do you require cover for loss of documents? NAI/ YES OXI/ NO
3. Η ασφάλιση που παρέχεται περιορίζεται σε επαγγελματικές υπηρεσίες που παρέχονται εντός των γεωγραφικών ορίων της Κύπρου. Αν παρέχετε υπηρεσίες σε άλλες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης και επιθυμείτε επέκταση της ασφαλιστικής κάλυψης, δώστε λεπτομέρειες πιο κάτω/
The insurance cover provided is limited to professional services rendered within the geographical boundaries of Cyprus. If you offer services in other countries of the European Union and you wish extension of the insurance cover, provide details below

**ΔΗΛΩΣΤΕ ΟΠΟΙΟΔΗΠΟΤΕ ΑΛΛΟ ΟΥΣΙΩΔΕΣ ΓΕΓΟΝΟΣ ΠΟΥ ΑΦΟΡΑ ΤΗΝ ΠΑΡΟΥΣΑ ΠΡΟΤΑΣΗ ΓΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΗ/
STATE ANY OTHER MATERIAL FACT RELATING TO OR CONCERNING THIS PROPOSAL FOR INSURANCE**

Οδηγίες Πληρωμής Ασφαλιστρών (Παρακαλώ σημειώστε ✓ ανάλογα)

Instructions for Premium Payment (Please mark ✓ accordingly)

- (1) Εξόφληση σε ΜΙΑ δόση / Settlement in ONE instalment
- (4) Εξόφληση σε ΤΕΣΣΕΡΙΣ συνεχείς μηνιαίες δόσεις. (Εφάπαξ επιβάρυνση €4.00) / Settlement in FOUR consecutive monthly instalments. (One-off charge €4.00)
- (7) Εξόφληση σε ΕΦΤΑ συνεχείς μηνιαίες δόσεις. (Εφάπαξ επιβάρυνση €10.00). Η επιλογή αυτή ισχύει μόνο για ετήσια ασφαλιστήρια. / Settlement in SEVEN consecutive monthly instalments. (One-off charge €10.00). This choice applies only for annual policies.

Σημείωση: Σε όλες τις περιπτώσεις η 1^η δόση είναι πληρωτέα πριν ή κατά την ημερομηνία έναρξης της Περιόδου Ασφάλισης.

Note: In all cases the 1st instalment is due for payment on or before the starting date of the Period of the Insurance.

ΤΡΑΠΕΖΙΚΗ ΕΝΤΟΛΗ / BANKING MANDATE

Για εξόφληση των πιο πάνω δόσεων με Τραπεζική Εντολή Άμεσης Χρέωσης, παρακαλείσθε όπως συμπληρώσετε και υπογράψετε την ειδική Εντολή που μπορείτε να προμηθευτείτε από την Εταιρεία ή τον Ασφαλιστικό σας Διαμεσολαβητή. Για κάθε Ασφαλιστήριο θα πρέπει να συμπληρώνεται ξεχωριστή Εντολή.

For settlement of the above instalments via Direct Debit please complete and sign the specific Mandate, available at the Company's Offices or on your Insurance Intermediary. For every Policy a separate Mandate must be completed.

Προστασία Προσωπικών Δεδομένων

Σύμφωνα με τις διατάξεις του Γενικού Κανονισμού Προστασίας Δεδομένων (GDPR) (ΕΕ) 2016/679 καθώς και οποιωνδήποτε άλλων σχετικών νομοθεσιών, η Commercial General Insurance Ltd (CGI), ως ο Υπεύθυνος Επεξεργασίας, συλλέγει και επεξεργάζεται δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα και/ή ευαίσθητα δεδομένα, με σκοπό την παροχή των υπηρεσιών που ζητούνται από τον Προτείνοντα μέσω της παρούσας Πρότασης. Η CGI μπορεί να διαβιβάσει τα προσωπικά δεδομένα σε τρίτο μέρος στο βαθμό που αυτό απαιτείται ως συμβατική αναγκαιότητα, λόγω νομικών υποχρεώσεων και/ή προστασία νόμιμου συμφέροντος της. Τα δεδομένα θα καταχωρούνται σε ηλεκτρονική ή οποιαδήποτε άλλη μορφή, σ' ένα ή περισσότερα αρχεία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα κατά την έννοια του Νόμου, τα οποία θα τηρούνται από τη CGI ή από άλλη συμβεβλημένη/συνεργαζόμενη εταιρεία ή πρόσωπο.

Αποδέκτες των δεδομένων θα είναι τα εξουσιοδοτημένα μέλη του προσωπικού της CGI καθώς και αυτά των συμβεβλημένων/συνεργαζόμενων εταιρειών ή προσώπων. Η επεξεργασία δεδομένων είναι απόρρητη και θα διεξάγεται μόνο από πρόσωπα που τελούν υπό τον άμεσο ή έμμεσο έλεγχο της CGI. Σε κάθε περίπτωση, η CGI έχει βεβαιωθεί πως αυτά τα πρόσωπα ενεργούν με βάση τις απαραίτητες αρχές προστασίας δεδομένων όπως αυτές περιγράφονται στις κατευθυντήριες γραμμές που έχει θέσει ο Γενικός Κανονισμός Προστασίας Δεδομένων.

Σε σχέση με τα προσωπικά δεδομένα που χειρίζεται η CGI, οι Προτείνοντες έχουν το δικαίωμα να ζητήσουν:

- Πρόσβαση στα προσωπικά τους δεδομένα.
- Διόρθωση των προσωπικών τους δεδομένων.
- Διαγραφή των προσωπικών τους δεδομένων.
- Να σταματήσει η CGI την επεξεργασία των προσωπικών τους δεδομένων.
- Τον περιορισμό της Επεξεργασίας των προσωπικών τους δεδομένων.
- Μεταφορά των προσωπικών τους δεδομένων σε άλλο μέρος.

Οι Προτείνοντες που επιθυμούν να εξασκήσουν τα δικαιώματά τους σύμφωνα με τις πρόνοιες του Γενικού Κανονισμού Προστασίας Δεδομένων ή άλλης συναφούς νομοθεσίας όπως περιγράφεται πιο πάνω ή χρειάζονται περαιτέρω πληροφορίες σχετικά με τον τρόπο επεξεργασίας των προσωπικών δεδομένων μπορούν να επικοινωνήσουν με τον Υπεύθυνο Προστασίας Δεδομένων της CGI στη διεύθυνση Commercial Union House, Λεωφόρος Αρχ. Μακαρίου ΙΙΙ 101, 1071, Λευκωσία ή μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου στο DPO@cqi.com.cy.

Περισσότερες πληροφορίες σχετικά με την προστασία δεδομένων μπορείτε να βρείτε στην δήλωση απορρήτου της CGI στην ηλεκτρονική διεύθυνση <http://www.cqi.com.cy>.

Συγκατάθεση για Εμπορικούς Σκοπούς

(Παρακαλώ σημειώστε ✓ ανάλογα)

Επιθυμώ να ενημερώνομαι σχετικά με ασφαλιστικές υπηρεσίες ή προϊόντα που θα προσφέρει η Commercial General Insurance Ltd (CGI) από καιρό εις καιρό. Γι' αυτό το σκοπό συγκατατίθεμαι στην επεξεργασία των προσωπικών δεδομένων που με αφορούν από την CGI, με σκοπό την ενημέρωσή μου για τέτοιες ασφαλιστικές υπηρεσίες ή προϊόντα. ΝΑΙ ΟΧΙ

Data Protection

In accordance with the provisions of the General Data Protection Regulation (GDPR) (EU) 2016/679, as well as any other relating legislation, Commercial General Insurance Ltd (CGI), in its capacity as Controller, collects and processes personal data and/or sensitive data, for the purpose of providing the services requested by the Proposer under the present Policy. CGI may transfer personal data to a third party to the extent that this is required as a contractual necessity, on the ground of legal obligations and/or protection of its legitimate interests. The personal data will be recorded in an electronic or any other form to the personal data filing system(s), within the meaning of the Law, maintained by CGI or by any other company or person with which co-operation exists and/or an agreement is in force.

The recipients of the personal data shall be the duly authorised personnel of CGI and of any other company or person with which co-operation exists and/or a relevant agreement is in force. The processing of such data is confidential and shall be carried out only by persons acting under the direct or indirect authority of CGI. CGI has taken all appropriate measures to ensure that these persons follow the guidelines of the GDPR regarding the safe processing of personal data.

In relation to the personal data that CGI processes, the Proposers have the right to request:

- Access to their personal data.
- Correction of their personal data.
- Erasure of their personal data.
- That CGI stops processing their personal data.
- The Restriction of Processing of their personal data.
- The Transfer of their personal data to another party.

Proposers who wish to exercise their rights in accordance with the provisions of the GDPR or any other relating legislation or require further information as to the way CGI processes personal data may contact CGI's Data Protection Officer at CGI's Head Office at Commercial Union House, 101 Arch. Makarios III Avenue, 1071, Nicosia or through email at DPO@cqi.com.cy.

Further information regarding data protection can be found in CGI's Privacy Notice which is available at <http://www.cqi.com.cy>.

Consent for Commercial Purposes

(Please mark ✓ accordingly)

I would like to be informed of any other insurance services or products offered by Commercial General Insurance Ltd (CGI) from time to time and, towards that, I give my consent that CGI processes my personal data for the purposes of promoting other insurance related services or products to me. YES NO

Υπεύθυνη Δήλωση

Δηλώνω ότι οι πληροφορίες και τα στοιχεία που έχουν δοθεί στην Πρόταση αυτή είναι πλήρη και αληθή και ότι δεν έχω αποκρύψει, παραποιήσει ή παραστήσει με ανακρίβεια οποιοδήποτε γεγονός. Συμφωνώ επίσης ότι η Πρόταση και Δήλωση αυτή θα είναι απόλυτα δεσμευτική για μένα, θα αποτελεί τη βάση της ασφαλιστικής σύμβασης μεταξύ μου και της Commercial General Insurance Ltd (CGI) και θα θεωρείται ως να ενσωματώνεται στο Ασφαλιστήριο που θα εκδοθεί.

Δηλώνω ότι έλαβα γνώση από την CGI και/ή από το πρόσωπο που ασκεί για λογαριασμό της δραστηριότητες διανομής ασφαλιστικών προϊόντων, τα στοιχεία του οποίου εμφανίζονται πιο κάτω, όλων των γενικών, προσυμβατικών και/ή άλλων πληροφοριών που καθορίζονται στον Περί Ασφαλιστικών και Αντασφαλιστικών Εργασιών και Άλλων Συναφών Θεμάτων Νόμο του 2016 και τους σχετικούς Κανονισμούς ή οποιοδήποτε άλλο Νόμο ή Κανονισμού τους τροποποιεί ή τους αντικαθιστά.

Δηλώνω περαιτέρω ότι έχω μελετήσει και κατανοήσει πλήρως όλες τις πληροφορίες που μου γνωστοποιήθηκαν σύμφωνα με τις πρόνοιες της πιο πάνω Νομοθεσίας.

Declaration

I hereby declare that the information provided in this Proposal is correct and that I have not concealed, distorted or misrepresented any fact. I also agree that this Proposal and Declaration shall be binding upon me, shall form the basis of this Policy between myself and Commercial General Insurance Ltd (CGI) and will be considered as forming part of the Policy to be issued.

I also declare that CGI and/or the Insurance Intermediary pursuing activities of insurance distribution on CGI's behalf, whose details appear below, has provided me with all the general, precontractual and other information required by the Law on Insurance and Reinsurance Services and Other Related Issues of 2016 and by the relevant Regulations, or any Law or Regulations substituting or amending the same.

I further declare that I have examined and fully understood all the information provided to me in accordance with the provisions of the above Law.

Υπογραφή Προτείνοντα
Signature of Proposer _____

Ημερομηνία
Date _____

Προσοχή - Επισύρεται ιδιαίτερα η προσοχή του Προτείνοντα στα πιο κάτω: Notice - The Proposer's attention is particularly drawn to the following:

- α) Η Πρόταση Ασφάλισης αποτελεί τη βάση και αναπόσπαστο μέρος του Ασφαλιστηρίου Συμβολαίου και στην περίπτωση ψευδών παραστάσεων, δόλου, ανακριβούς περιγραφής ή παρασιώπησης οποιοδήποτε ουσιώδους γεγονότος από τον Προτείνοντα ή από οποιοδήποτε πρόσωπο που ενεργεί για λογαριασμό του, θα επηρεάσει αρνητικά το δικαίωμα υποβολής έγκυρης αίτησης ή δυνατό να καταστήσει το εν λόγω Ασφαλιστήριο ακυρώσιμο ευθύς εξαρχής.
- The Insurance Proposal is the basis of and forms part of the Insurance Policy. In the event of any fraud, misrepresentation, misdescription or non-disclosure of any material fact by the Proposer or anyone acting on his behalf, all benefits under this Policy shall be forfeited.*
- β) Η ασφάλιση δεν θα τεθεί σε ισχύ μέχρι να γίνει αποδεκτή η Πρόταση Ασφάλισης από την Εταιρεία.
- The insurance will not be in force until the Proposal has been accepted by the Company.*

Επωνυμία Ασφαλιστικού Διαμεσολαβητή:/
Name of Insurance Intermediary:



COMMERCIAL GENERAL INSURANCE LTD

Head Office: Commercial Union House, 101 Arch. Makarios III Avenue, 1071 Nicosia
P.O. Box 21312, 1506 Nicosia, Cyprus, Telephone 22 505 000, Telefax 22 376 155
E-mail: info@cgi.com.cy Website: www.cgi.com.cy