

ΣΗΜΑΝΤΙΚΗ ΕΙΔΟΠΟΙΗΣΗ: Είναι απαραίτητο να απαντηθούν όλες οι ερωτήσεις. Οι πληροφορίες έχουν εμπιστευτικό χαρακτήρα.

I. ΓΕΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Επωνυμία:		
Διεύθυνση:		
Τηλ:	Fax:	Email:
ΑΦΜ:	Αρ. Μητρώο:	Έναρξης από:

II. ΜΕΤΟΧΟΙ-ΕΤΑΙΡΟΙ

Όνοματεπώνυμο	Έτη εμπειρίας	Θέση στην Εταιρεία

III. ΣΥΝΟΛΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ:.....

(Μέτοχοι-Εταίροι:....., Υπάλληλοι:....)

IV. ΕΙΔΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ (Απαντήστε σε όλες τις παρακάτω ερωτήσεις. Όπου ΝΑΙ, δώστε λεπτομέρειες στη επόμενη σελίδα*)

1. Υπάρχει Πελάτης ή Ασφαλιστική Εταιρεία που να αντιπροσωπεύει πάνω από 30% των αμοιβών σας;	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ
2. Συνεργάζεστε με Ασφαλιστικούς Συμβούλους εγγεγραμμένους στο Επαγγελματικό Επιμελητήριο;	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ
3. Ως Ασφαλιστικός Πράκτορας/ Σύμβουλος συνεργάζεστε με κάποιο Μεσίτη Ασφαλίσεων;	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ
4. Έχετε Προμήθειες από εργασίες με Πελάτες εκτός Ελλάδος;	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ
5. Έχετε εξουσιοδότηση από Ασφαλιστική Εταιρεία για ανάληψη κινδύνων ή έκδοση ασφαλιστηρίων ;	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ
6. Έχετε ασφαλιστεί στο παρελθόν για Επαγγελματική Ευθύνη;	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ
7. Έχουν εγερθεί αξιώσεις για θέματα Επαγγελματικής Ευθύνης εναντίον σας.	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ
8. Γνωρίζετε κάποιο γεγονός που μπορεί να εξελιχθεί σε αξίωση εναντίον σας;	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ

(*) ΕΠΙΠΡΟΣΘΕΤΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

.....
.....
.....

V. ΦΥΣΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑΣ & ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΣΥΝΟΛΙΚΩΝ ΑΜΟΙΒΩΝ (%)

Αυτοκίνητο-Κατοικία-Σκάφη Αναψυχής	%
Επιχειρήσεις (Εμπορικοί & Βιομηχανικοί Κίνδυνοι)	%
Γενική Αστική Ευθύνη	%
Μεταφορές	%
Marine (εκτός από Σκάφη Αναψυχής)	%
Ασφάλειες Ζωής-Νοσοκομειακά-Χρηματοοικονομικά	%

Αντασφάλειες	%
Άλλο:	%
TOTAL / ΣΥΝΟΛΟ 100%	

VI. ΣΥΝΟΛΙΚΕΣ ΠΡΟΜΗΘΕΙΕΣ

	Προηγούμενο έτος	Τρέχον Έτος (εκτίμηση)
ΣΥΝΟΛΙΚΑ ΚΑΘΑΡΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΑ (€)		
1. Συνολικές δικές σας Προμήθειες(€)		
2. Προμήθειες που εκχωρήθηκαν σε συνεργαζόμενους Ασφαλιστές (€)		
ΣΥΝΟΛΙΚΕΣ ΠΡΟΜΗΘΕΙΕΣ (1+2)		

Αν επιθυμείτε να ασφαλίστε τυχόν «αποκλειστικούς» Ασφαλιστικούς Συμβούλους, δηλώστε παρακάτω ή επισυνάψτε ξεχωριστή σελίδα

Όνοματεπώνυμο	Αρ. Μητρώου Επιμελητηρίου

Δηλώνεται πως οι παραπάνω απαντήσεις και πληροφορίες είναι αληθείς και δεν έχει συγκαλυφθεί ή σκόπιμα διατυπωθεί εσφαλμένα κάποιο ουσιώδες στοιχείο. Συμφωνείται ότι αυτή η πρόταση θα αποτελέσει την βάση του Ασφαλιστηρίου Συμβολαίου. Αναλαμβάνεται δε η υποχρέωση να ενημερώνουμε την Ασφαλιστική Εταιρεία για οποιαδήποτε ουσιώδη μεταβολή στα δηλωθέντα στοιχεία της παρούσας Αίτησης.

Ημερομηνία: ____/____/____

Σφραγίδα

Υπογραφή / Ονοματεπώνυμο