

ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΥΘΥΝΗΣ
(Ανεξάρτητοι Σύμβουλοι_Freelancers)
ΑΙΤΗΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

ΣΗΜΕΙΩΣΗ

- Η Αίτηση Ασφάλισης πρέπει να είναι πλήρως συμπληρωμένη (Οι πληροφορίες είναι εμπιστευτικές)
 Η “CROMAR Insurance Brokers, Ανταποκριτές Lloyd’s” στο πλαίσιο συμμόρφωσης με τις απαιτήσεις του Κανονισμού Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων, σας εγγυάται την ασφαλή αποθήκευση και επεξεργασία των προσωπικών σας δεδομένων και δηλώνει υπεύθυνα πως αυτά δεν πρόκειται να διατεθούν σε Τρίτους για διαφημιστικούς ή άλλους σκοπούς αλλά θα χρησιμοποιούνται στη διαπραγμάτευση με Ασφαλιστές για τις ασφαλιστικές καλύψεις σας.

I. ΓΕΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Επωνυμία:		Έτος Ίδρυσης:	
Δραστηριότητα:			
Διεύθυνση:		Website:	
Τηλ:		Email:	
ΑΦΜ/ ΔΟΥ: /			

Επισυνάψτε σύντομο Βιογραφικό Σημείωμα

II. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ

1. Εφαρμόζετε τυποποιημένες διαδικασίες και Φύλλα Ελέγχου για τις Υπηρεσίες που παρέχετε; ΝΑΙ ΟΧΙ
2. Χρησιμοποιείται τυποποιημένες Συμβάσεις με Πελάτες / Εργοδότες σας (Αν ΝΑΙ, επισυνάψτε δείγμα); ΝΑΙ ΟΧΙ
3. Είστε Επαγγελματίας πιστοποιημένος από έγκυρο Επαγγελματικό Φορέα (Αν ΝΑΙ, δηλώσατε:); ΝΑΙ ΟΧΙ
4. Υπάρχουν Πελάτες σας οι οποίοι σας αποφέρουν εισόδημα πάνω από το 30% του συνόλου; ΝΑΙ ΟΧΙ

III. ΣΥΝΟΛΙΚΕΣ ΕΤΗΣΙΕΣ ΑΜΟΙΒΕΣ (2 τελευταία έτη & εκτίμηση για το τρέχον έτος)

20..	20..	20..
-------------	-------------	-------------

IV. ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ – ΖΗΜΙΩΝ

1. Έχετε ασφαλισθεί στο παρελθόν για Επαγγελματική Ευθύνη; (Αν ΝΑΙ, δηλώστε) ΝΑΙ ΟΧΙ
2. Έχουν ποτέ εγερθεί αξιώσεις αποζημίωσης εναντίον σας; ΝΑΙ ΟΧΙ
3. Γνωρίζετε αν υπάρχει κάποιο συμβάν που μπορεί να οδηγήσει σε αξίωση αποζημίωσης; ΝΑΙ ΟΧΙ

Αν ΝΑΙ, αναφέρατε:

V. ΕΠΙΘΥΜΗΤΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ (Όριο ασφαλιστικής κάλυψης & Απαλλαγή)

Όριο Ανά Απαίτηση 100.000€ 200.000€ 300.000€ 500.000€
Συνολικά ανά Έτος 200.000€ 400.000€ 600.000€ 1.000.000€ Άλλο: €

Απαλλαγή 1.000€ 2.000€ Άλλο: €

Δηλώνω πως οι παραπάνω προϋποθέσεις ισχύουν, οι πληροφορίες είναι αληθείς και πως δεν έχει συγκαλυφθεί ή σκόπιμα διατυπωθεί εσφαλμένα κάποιο ουσιώδες στοιχείο. Συμφωνώ η Αίτηση να αποτελέσει τη βάση του Ασφαλιστηρίου Συμβολαίου και αναλαμβάνω την υποχρέωση να ενημερώνω τους Ασφαλιστές για τυχόν ουσιώδη μεταβολή στα δηλωθέντα στοιχεία.

Ημερομηνία ... / ... /

Υπογραφή / Ονοματεπώνυμο