

**ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΥΘΥΝΗΣ  
ΜΕΣΙΤΕΣ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ – ΠΡΑΚΤΟΡΕΣ (Εταιρείες)  
ΑΙΤΗΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ**

**ΣΗΜΑΝΤΙΚΗ ΕΙΔΟΠΟΙΗΣΗ:** Είναι απαραίτητο να απαντηθούν όλες οι ερωτήσεις. Οι πληροφορίες έχουν εμπιστευτικό χαρακτήρα. Η “ΚΟΥΤΙΝΑΣ ΑΕ – 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:		
Διεύθυνση:		
Τηλ:	Fax:	Email:
ΑΦΜ/ΔΟΥ:	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; (Αν ΝΑΙ, αναφέρατε χώρες):	<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. Αναδρομική κάλυψη από (αναφέρατε ημερομηνία): ... / ... / .....	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ
8. Έχουν εγερθεί αξιώσεις για θέματα Επαγγελματικής Ευθύνης εναντίον σας.	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ	<input type="checkbox"/> ΟΧΙ
9. Γνωρίζετε να έχει υπάρξει κάποιο συμβάν που μπορεί να οδηγήσει σε αξίωση αποζημίωσης;	<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:	%
<b>TOTAL / ΣΥΝΟΛΟ 100%</b>	

**VI. ΣΥΝΟΛΙΚΕΣ ΠΡΟΜΗΘΕΙΕΣ**

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

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