

**ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΥΘΥΝΗΣ
ΣΥΜΒΟΛΑΙΟΓΡΑΦΟΙ
ΑΙΤΗΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ**

ΣΗΜΕΙΩΣΗ Η Αίτηση Ασφάλισης πρέπει να είναι πλήρως συμπληρωμένη (Οι πληροφορίες είναι εμπιστευτικές)

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

Όνοματεπώνυμο:		
Διεύθυνση:		
Έτος έναρξης αδείας:	Τηλ:	Email:
AΦΜ /ΔΟΥ:	Μέλος Επαγγελματικού Συλλόγου:	<input type="checkbox"/> ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ

II. ΣΥΝΟΛΙΚΕΣ ΑΜΟΙΒΕΣ (€ ,τα τελευταία 2 χρόνια και εκτίμηση για το τρέχον έτος)

201...	201...	201...
--------	--------	--------

III. ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ (% αμοιβών τελευταίου έτους)

Διαθήκες	%
Μεταβιβάσεις Ακινήτων	%
Συστάσεις Εταιρειών	%
Άλλο (αναφέρατε):	%

100%

IV. ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ (Όπου η απάντηση είναι ΝΑΙ, σημειώστε αντίστοιχες λεπτομέρειες)

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| 1. Γίνονται ηλεκτρονικές καταχωρήσεις στοιχείων – τηρείτε ηλεκτρονικό αρχείο συναλλαγών; | <input type="checkbox"/> ΝΑΙ | <input type="checkbox"/> ΟΧΙ |
| 2. Έχετε Υπαλλήλους (Αν ΝΑΙ, αναφέρατε αριθμό) | <input type="checkbox"/> ΝΑΙ | <input type="checkbox"/> ΟΧΙ |
| 3. Είχατε ασφαλιστεί στο παρελθόν; (Αν ΝΑΙ, διαβιβάστε αντίγραφο τελευταίου Ασφαλιστηρίου) | <input type="checkbox"/> ΝΑΙ | <input type="checkbox"/> ΟΧΙ |
| 4. Υπήρξαν ποτέ πειθαρχικές ποινές ή ποινικές διώξεις εις βάρος σας; | <input type="checkbox"/> ΝΑΙ | <input type="checkbox"/> ΟΧΙ |
| 5. Υπήρξαν ποτέ αξιώσεις αποζημίωσης ή αγωγές εις βάρος σας για θέματα αστικής ευθύνης; | <input type="checkbox"/> ΝΑΙ | <input type="checkbox"/> ΟΧΙ |
| 6. Γνωρίζετε να έχει υπάρξει κάποιο συμβάν που μπορεί να οδηγήσει σε αξίωση αποζημίωσης εις βάρος σας; | <input type="checkbox"/> ΝΑΙ | <input type="checkbox"/> ΟΧΙ |

V. ΕΠΙΘΥΜΗΤΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΚΑΛΥΨΗ

Αποζημίωση ανά απαίτηση/ έτος 100,000€ / 200,000€ 200,000€ / 400,000€ 300,000€ / 600,000€

Απαλλαγή (συμμετοχή Ασφαλισμένου στην Αποζημίωση) 1,500€ 3,000€

Επιθυμείτε κάλυψη Νομικής Προστασίας και για Ποινική Ευθύνη; ΝΑΙ ΟΧΙ

Δηλώνω πως οι παραπάνω προϋποθέσεις ισχύουν, οι πληροφορίες είναι αληθείς και πως δεν έχει συγκαλυφθεί ή σκόπιμα διατυπωθεί εσφαλμένα κάποιο ουσιώδες στοιχείο.

Ημερομηνία: ___ / ___ / ___ Σφραγίδα -Υπογραφή: