

**PROFESSIONAL INDEMNITY INSURANCE / ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΥΘΥΝΗΣ
CERTIFIED AUDITORS -ACCOUNTANTS / ΟΡΚΩΤΟΙ ΕΛΕΓΚΤΕΣ ΛΟΓΙΣΤΕΣ
PROPOSAL FORM / ΑΙΤΗΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ**

IMPORTANT NOTICE

All information provided is confidential

KOUTINAS SA - Insurance Brokers, Coverholder at Lloyd's, in compliance with the requirements of the General Data Protection Regulation (GDPR), guarantees the safe storage and processing of your personal data and assures you that these will not be made available to Third Parties for advertising or other purposes but will be used in negotiations with Insurers in the context of your insurance coverage.

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.

1. GENERAL DATA / ΓΕΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Company Name / Επωνυμία:		
Address / Διεύθυνση:		
Tel / Τηλ:	Fax:	Email:
TRN /ΑΦΜ:	Year Established / Έτος ίδρυσης:	Website:
Professional Body Member / Μέλος Επαγγελματικής Ένωσης:		

2. DETAILS OF PRACTICING PRINCIPALS & PARTNERS (attach list with Names and Registry number) / **ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΤΩΝ – ΕΤΑΙΡΩΝ** (επισυνάψτε κατάλογο Ονομάτων με αντίστοιχο Αριθμό Μητρώου)

Full Name / Ονοματεπώνυμο	Qualifications – Years of Prof. Experience / Τίτλος – Έτη Εμπειρίας	Position – Years in Position / Θέση – Έτη στην Εταιρεία

Total Number of Principals - Partners & Staff / Σύνολο Διαχειριστών- Εταίρων & Λοιπού προσωπικού:

Principals, Partners or Officers / Διαχειριστές – Εταίροι	
Qualified Auditors-Accountants / Διαπιστευμένοι Ορκωτοί Ελεγκτές Λογιστές	
Assistant Auditors -Accountants / Βοηθοί Ορκωτοί Ελεγκτές Λογιστές	
Other qualified staff / Εξειδικευμένο Επιστημονικό Προσωπικό	
Administration staff / Διοικητικό προσωπικό	

a) Does the Firm any Partner or Principal manage, own or have financial control of any bank, trust company, mortgage or loan association, title guarantee or real estate company or undertake work as Trustee, Director or Company Secretary? If YES, give details / Η Εταιρεία, Εταίρος ή Διαχειριστής της, διοικεί, κατέχει ή έχει τον έλεγχο Τράπεζας, Εταιρείας Επενδύσεων, Δανείων και Εγγυήσεων ή Εταιρείας Real Estate ή αναλαμβάνει εργασίες Εκτελεστή Διαθήκης, Διευθυντή ή Γραμματέα ΔΣ.; Εάν ΝΑΙ, δώστε πληροφορίες YES NO

.....

.....

b) Does any Partner, Principal or staff undertake work as Receiver, Liquidator or Trustee in bankruptcy? If YES NO

YES, give details / Υπάρχει Εταίρος, Διαχειριστής ή Στέλεχος που έχει αναλάβει εργασίες «Receiver, Liquidator or Trustee», περιπτώσεων χρεοκοπίας; Εάν ΝΑΙ, δώστε πληροφορίες

c) Do you operate outside of your Country? (If YES, state locations and % of total income):/ Δραστηριοποιήστε στο Εξωτερικό; (Αν ΝΑΙ, αναφέρατε χώρες και % συνολικού τζίρου):

YES NO

3. NATURE & VOLUME OF ACTIVITY (% of fees) / ΦΥΣΗ & ΟΓΚΟΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑΣ (% επί των αμοιβών)

PROFESSIONAL ACTIVITY / ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ		TYPE OF CLIENT / ΠΕΛΑΤΕΙΑ	
1. Taxation / Φορολογικά θέματα	%	Industry - Commerce / Βιομηχανία - Εμπόριο	%
2. Examination of Annual Reports / Έλεγχος Ισολογισμών	%	Financial / Χρηματοοικονομικά	%
- Audits for quoted Companies/Εκθέσεις εισηγμένων Εταιρειών	%	Technology / Τεχνολογία (Πληροφορική κλπ)	%
- Audits for other Companies / Εκθέσεις λοιπών Εταιρειών	%	Construction / Κατασκευές	%
3. Share registration / Εγγραφή Μετοχών	%	Services / Παροχή Υπηρεσιών	%
4. Insolvencies - liquidations / Πτωχεύσεις- Ρευστοποιήσεις	%	Other / Άλλο (specify):	%
5. Mergers-Acquisitions/Συγχωνεύσεις-Εξαγορές Επιχειρήσεων	%		100%
6. Management Consultancy / Υπηρεσίες Συμβούλου	%		
7. Other / Άλλο (specify):	%		
	100%		

4. TOTAL INCOME FEES (last 2 years & current year estimation) / ΣΥΝΟΛΙΚΕΣ ΑΜΟΙΒΕΣ (2 τελευταία έτη & εκτίμηση για τρέχον)

YEAR / ΕΤΟΣ	20..	20..	20..
Greece/ Ελλάδα			
Abroad (excluding USA/Canada)/ Εξωτερικό (εκτός ΗΠΑ /Καναδά)			
TOTAL FEES /ΑΜΟΙΒΕΣ			

5. PREVIOUS INSURANCE – CLAIMS / ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ – ΖΗΜΙΩΝ

a) Have you previously been insured? / Υπήρξε ασφάλιση στο παρελθόν; YES NO If YES, specify / Εάν ΝΑΙ, αναφέρατε:

Insurance Company / Ασφαλιστική Εταιρεία	Policy period / Περίοδος Ασφάλισης	Indemnity Limit / Όριο Ασφάλισης

b) Have any claims been made during the past 5 years against your firm?/

YES NO

Έχουν εγερθεί αξιώσεις εναντίον σας τα τελευταία 5 χρόνια;

If “YES” provide amount and description of each claim (attach separate sheet if necessary)/ Εάν ΝΑΙ αναφέρατε ποσό και σύντομη περιγραφή των συμβάντων (επισυνάψατε σχετικές πληροφορίες):

c) Is your company aware of any circumstances or incidents that may result in a claim against your company? /

Γνωρίζετε να έχει υπάρξει κάποιο συμβάν που μπορεί να οδηγήσει σε αξίωση αποζημίωσης εναντίον της Εταιρείας σας;

YES NO

If "YES" give details / Εάν ΝΑΙ αναφέρατε:

e) Has any partner or member of staff been involved in any fraud or dishonesty? / Υπάρχει κάποιος εταίρος ή Μέλος του ΔΣ ή Διευθύνων που να έχει εμπλακεί σε απάτη ή απιστία; If YES, pls refer / Εάν ΝΑΙ αναφέρατε: YES NO

6. INDEMNITY REQUIRED / ΖΗΤΟΥΜΕΝΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΚΑΛΥΨΗ

Any one accident / Ανά απαίτηση€
Annual Aggregate / Αθροιστικά ανά έτος€

Deductible / Απαλλαγή 10,000€ 15,000€

I declare on behalf of the Firm that the statements in this Proposal are true and that I have not misstated or suppressed any material facts. I agree that this proposal, together with any other information supplied by me, shall form the basis of the contract of insurance effected thereon. I/We undertake to inform the Insurer of any material alteration to these facts occurring before completion of the insurance contract. /

Δηλώνεται πως οι παραπάνω απαντήσεις και πληροφορίες είναι αληθείς και δεν έχει συγκαλυφθεί ή σκόπιμα διατηπωθεί εσφαλμένα κάποιο ουσιώδες στοιχείο. Συμφωνείται, η Πρόταση αυτή με τις διάφορες συνοδευτικές πληροφορίες να αποτελέσει τη βάση του αντίστοιχου Ασφαλιστηρίου. Αναλαμβάνεται δε η υποχρέωση να ενημερώσουμε την Ασφαλιστική Εταιρεία πριν την έναρξη της κάλυψης, για τυχόν ουσιώδεις μεταβολές στα δηλωθέντα στοιχεία.

Date / Ημερομηνία: ___/___/___

Company's Seal / Εταιρική Σφραγίδα

Signature / Full Name
Υπογραφή / Ονοματεπώνυμο

NOTICE / ΣΗΜΑΝΤΙΚΕΣ ΕΠΙΣΗΜΑΝΣΕΙΣ

1. All questions must be answered to enable a quotation to be given / Πρέπει να απαντηθούν όλες οι ερωτήσεις, ώστε να προσεγγισθεί σωστά η Ασφάλιση.
2. All information provided is confidential. / Οι πληροφορίες έχουν εμπιστευτικό χαρακτήρα.
3. This proposal is for a "Claims made" Insurance Policy. / Η Πρόταση είναι για Ασφαλιστήριο Επαγγελματικής Ευθύνης τύπου «CLAIMS MADE» (κάλυψη αξιώσεων που αναφέρονται σε χρόνο ισχύος του ασφαλιστηρίου), το οποίο ανανεώνεται ετησίως με αναδρομική ισχύ από την ημερομηνία της αρχικής έναρξης της Ασφάλισης.