

ΣΥΝΔΥΑΣΜΕΝΗ ΑΣΤΙΚΗ ΕΥΘΥΝΗ
ΑΙΤΗΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

- Αστική Ευθύνη έναντι Τρίτων
 Εργοδοτική Ευθύνη

ΣΗΜΕΙΩΣΗ: Οι πληροφορίες είναι εμπιστευτικές.

Η “ΚΟΥΤΙΝΑΣ ΑΕ” στο πλαίσιο συμμόρφωσης με τις απαιτήσεις του Κανονισμού Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων εγγυάται την ασφαλή αποθήκευση προσωπικών δεδομένων και δηλώνει πως δεν πρόκειται να τα χρησιμοποιήσει για διαφημιστικούς ή άλλους σκοπούς αλλά μόνο για την κάλυψη ασφαλιστικών αναγκών.

I. ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

Επωνυμία:		
Επαγγελματική Δραστηριότητα:		
Διεύθυνση:		Website:
Τηλ:	Fax:	Email:
ΑΦΜ / ΔΟΥ / Έτος ίδρυσης:/...../.....		

II. ΓΕΝΙΚΕΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ

1. Χρησιμοποιείτε Υπεργολάβους; Αν **ΝΑΙ** αναφέρατε % του τζίρου και είδος εργασιών που εκχωρείτε: ΝΑΙ ΟΧΙ

2. Το Προσωπικό σας έρχεται σε επαφή με βιομηχανικής προέλευσης σκόνη – επικίνδυνες ουσίες (π.χ. αμίαντος, βαμβάκι) ή ραδιενεργά υλικά; Αν **ΝΑΙ** δώστε σχετικές λεπτομέρειες: ΝΑΙ ΟΧΙ

3. Έχετε κατηγορηθεί την τελευταία 5ετία για παράβαση κανονισμών Ασφάλειας; Αν **ΝΑΙ** δώστε σχετικές λεπτομέρειες: ΝΑΙ ΟΧΙ

4. Έχετε εσείς, οι Διευθυντές σας ή κάποιος από τους Συνεταίρους σας καταδικασθεί για ποινικό αδίκημα (εκτός από αυτοκινητιστικό); Αν **ΝΑΙ** δώστε σχετικές λεπτομέρειες: ΝΑΙ ΟΧΙ

III. ΚΥΚΛΟΣ ΕΡΓΑΣΙΩΝ

α) Τζίρος (προηγούμενο έτος & εκτίμηση για το τρέχον έτος)

ΑΜΟΙΒΕΣ (€) /ΕΤΟΣ	20...	20...	20...
Ελλάδα			
Εξωτερικό εκτός ΗΠΑ & Καναδά			
ΣΥΝΟΛΟ			

β) Εργαζόμενοι - Μισθοί

Διοικητικό	Μισθωτοί	Άλλο	Σύνολο	Συνολικό ποσό μισθοδοσίας τελευταίου έτους

IV. ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ – ΖΗΜΙΩΝ

Έχετε ασφαλισθεί στο παρελθόν; (Αν ΝΑΙ, δηλώστε)

YES NO

Ασφαλιστική Εταιρεία	Περίοδος Ασφάλισης	Όριο Ασφάλισης

- Υπήρξε άρνηση για την Ασφάλισή σας; YES NO
- Έχουν εγερθεί αξιώσεις εναντίον της Εταιρείας σας τα τελευταία χρόνια; YES NO
- Γνωρίζετε να έχει υπάρξει κάποιο συμβάν που μπορεί να οδηγήσει σε αξίωση αποζημίωσης; YES NO

Όπου ΝΑΙ, αναφέρατε:

.....

.....

V. ΕΠΙΘΥΜΗΤΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΚΑΛΥΨΗ

Ανά Απαίτηση & Συνολικά ανά Έτος 500,000€ 1,000,000€ 3,000,000€ Άλλο

Ποσό Απαλλαγής: 1,000€ 2,000€ 5,000€ Άλλο

Δηλώνεται πως, εξ όσων μπορώ να γνωρίζω, οι παραπάνω δηλώσεις είναι αληθείς και πλήρεις και ότι θα ληφθούν υπόψη κατά τη σύναψη της ασφαλιστικής σύμβασης μεταξύ εμού και της Ασφαλιστικής Εταιρείας

Ημερομηνία: / /

Όνομα-Υπογραφή.....