

**ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΕΥΘΥΝΗΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ (MANAGEMENT LIABILITY INSURANCE D&O)
ΑΙΤΗΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ**

I. ΓΕΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

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

II. ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΓΙΑ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ (Αν η Εταιρεία είναι εισηγμένη στο Χρηματιστήριο ή ο κύκλος εργασιών της είναι πάνω από 40.000.000€, ενδεχόμενα θα χρειασθούν πρόσθετα στοιχεία)

- Ετήσιος κύκλος εργασιών (€)** Περσασμένο έτος: Τρέχον έτος (εκτίμηση):
- Η Εταιρεία δραστηριοποιείται με οποιοδήποτε τρόπο σε ΗΠΑ & ΚΑΝΑΔΑ; ΝΑΙ ΟΧΙ
- Είναι χρηματοοικονομικός οργανισμός, δημόσιος οργανισμός, δήμος ή αθλητικό σωματείο; ΝΑΙ ΟΧΙ
- Η Εταιρεία έχει θετικά Ίδια κεφάλαια κατά την τελευταία χρήση; ΝΑΙ ΟΧΙ
- Εφόσον η Εταιρεία υποχρεούται σε έλεγχο από Ορκωτό Ελεγκτή, υπάρχουν αρνητικές παρατηρήσεις από την πλευρά στις οικονομικές καταστάσεις της τελευταίας χρήσης; ΝΑΙ ΟΧΙ
- Το αντικείμενο της εταιρίας ή θυγατρικής της, σχετίζεται με Τεχνολογία, Τηλεπικοινωνία, Φαρμακοβιομηχανία, Αεροπορία, Μεταλλευτική ή Διαχείριση Αποβλήτων; ΝΑΙ ΟΧΙ
- Κατά την τελευταία 5ετία, έχουν εγερθεί κατηγορίες κατά της Εταιρίας ή των Διευθυντικών Στελεχών της για θέματα ποινικής ή αστικής ευθύνης; ΝΑΙ ΟΧΙ
- Η Εταιρία ή κάποιο από τα Διευθυντικά Στελέχη της, έχει λάβει γνώση κάποιου συμβάντος που μπορεί να οδηγήσει σε απαίτηση αποζημίωσης; ΝΑΙ ΟΧΙ

Όπου ΝΑΙ, αναφέρατε αριθμό ερώτησης και δώστε πληροφορίες (No4. Συνημμένα, Τελευταίος Ισολογισμός):

III. ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΑΣΦΑΛΙΣΗ

- Βασικές Καλύψεις:** Αποζημίωση για Ευθύνη Διευθυντικών Στελεχών & Αποζημίωση για Ευθύνη Εταιρίας
- Επεκτάσεις κάλυψης:** Έξοδα Υπεράσπισης & Ερευνών, Εργατική Πρακτική, Ηθική Βλάβη / Προσβολή Προσωπικότητας, Θέματα Υγιεινής & Ασφάλειας Εργασίας,

Όριο αποζημίωσης ευθύνης (€ ανά γεγονός και αθροιστικά ανά έτος)

<input type="checkbox"/> 250.000	<input type="checkbox"/> 500.000	<input type="checkbox"/> 1.000.000	<input type="checkbox"/> 2.000.000	<input type="checkbox"/> 3.000.000	<input type="checkbox"/> 4.000.000	<input type="checkbox"/> 5.000.000
----------------------------------	----------------------------------	------------------------------------	------------------------------------	------------------------------------	------------------------------------	------------------------------------

- Συμπληρωματικές καλύψεις**
 Απιστία Υπαλλήλων & Απώλεια Χρημάτων Αναδρομική κάλυψη (Αν ΝΑΙ, δηλώστε ημερομηνία:.....)

Δηλώνεται πως οι παραπάνω απαντήσεις και πληροφορίες είναι αληθείς και πως δεν έχει συγκαλυφθεί ή σκόπιμα διατυπωθεί εσφαλμένα κάποιο ουσιώδες στοιχείο. Συμφωνείται η Πρόταση αυτή να αποτελέσει τη βάση Ασφαλιστηρίου.

Ημερομηνία: ... / ... / **Υπογραφή /Ονοματεπώνυμο:**