

**ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΥΘΥΝΗΣ  
ΜΕΣΙΤΕΣ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ – ΠΡΑΚΤΟΡΕΣ  
ΑΙΤΗΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ**

**ΣΗΜΕΙΩΣΗ**

- Η Αίτηση Ασφάλισης πρέπει να είναι πλήρως συμπληρωμένη (Οι πληροφορίες είναι εμπιστευτικές)
- Η "CROMAR" στο πλαίσιο συμμόρφωσης με τις απαιτήσεις του Κανονισμού Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων και σύμφωνα με την Πολιτική Προστασία Προσωπικών Δεδομένων που είναι αναρτημένη στον ιστότοπο της εταιρίας μας ([http://www.cromar.gr/pages.php?p\\_id=169](http://www.cromar.gr/pages.php?p_id=169)), 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 αποκλειστικά στη διαπραγμάτευση με Ασφαλιστές για τις ασφαλιστικές καλύψεις σας.

**Κωδικός Διαμεσολαβούντα που ήρθε σε επαφή με την CROMAR: ...**

**Κωδικός Διαμεσολαβούντα που ήρθε σε επαφή με τον Λήπτη της Ασφάλισης: ...**

**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**

.....

.....

.....

**"CROMAR Insurance Brokers Ltd" Lloyd's Coverholders**

ΑΘΗΝΑ: Αγ. Κωνσταντίνου 17, Μαρούσι 15124, Τηλ:210 8028946, [info@cromar.gr](mailto:info@cromar.gr)  
ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ: Πολυτεχνείου 24, Θεσ/νίκη 54625, Τηλ:2310 502506, [cromarbe@cromar.gr](mailto:cromarbe@cromar.gr)  
[www.cromar.gr](http://www.cromar.gr) & [www.gkoutinas.gr](http://www.gkoutinas.gr)

**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

Δηλώνω πως οι παραπάνω προϋποθέσεις ισχύουν, οι πληροφορίες είναι αληθείς και πως δεν έχει συγκαλυφθεί ή σκόπιμα διατυπωθεί εσφαλμένα κάποιο ουσιώδες στοιχείο. Συμφωνώ η Αίτηση να αποτελέσει τη βάση του Ασφαλιστηρίου Συμβολαίου και αναλαμβάνω την υποχρέωση να ενημερώνω τους Ασφαλιστές για τυχόν ουσιώδη μεταβολή στα δηλωθέντα στοιχεία.

Ημερομηνία: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Σφραγίδα

Υπογραφή / Ονοματεπώνυμο

## Δήλωση Συναίνεσης για την Επεξεργασία των Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα

(Η υπογραφή της δήλωσης αυτής είναι αναγκαία για την έκδοση και τη λειτουργία του ασφαλιστηρίου συμβολαίου)

Ως Συμβαλλόμενος ή Ασφαλιζόμενος, δηλώνω ότι:

1. Διάβασα την σχετική πληροφόρηση «Ενημέρωση για την Επεξεργασία των Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα» ([www.cromar.gr](http://www.cromar.gr)).
2. Ενημερώθηκα για την επεξεργασία των Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα, που πραγματοποιούν οι εταιρείες του Ομίλου CROMAR και για τα δικαιώματα που έχω και διατηρώ ως υποκείμενο των δεδομένων (δηλ., πρόσβασης, διόρθωσης, διαγραφής, περιορισμού του σκοπού, φορητότητας και εναντίωσης). Επίσης για το δικαίωμά μου να ανακαλέσω οποτεδήποτε στο μέλλον την συγκατάθεση που χορηγώ δις της παρούσης δήλωσης καθώς και για τα δικαιώματα μου που αναφέρονται στα άρθρα 12-22 του Γενικού Κανονισμού Προστασίας Δεδομένων»
3. Παρέχω τη ρητή συγκατάθεσή μου (Άρθρο 7 του Κανονισμού ΕΕ 2016/679) στην παραπάνω εταιρία υπεύθυνη επεξεργασίας για τα ακόλουθα:
  - A) Για την επεξεργασία των Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα που περιλαμβάνονται σε αυτή την αίτηση ασφάλισης, καθώς και οποιονδήποτε άλλων έρθουν σε γνώση της εταιρείας στο μέλλον και έχουν σχέση με το ασφαλιστήριο συμβόλαιο που αιτούμαι, καθώς και με τη λειτουργία του.
  - B) Για την τήρηση αρχείων με όλα τα παραπάνω δεδομένα σε ηλεκτρονική ή άλλη μορφή.

Αναγνωρίζω ότι η επεξεργασία των Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα είναι απολύτως αναγκαία για τη λειτουργία του ασφαλιστηρίου συμβολαίου που αιτούμαι και ότι τυχόν ανάκλησή της στο μέλλον, θα δίνει στην εταιρεία το δικαίωμα να καταγγείλει το ασφαλιστήριο συμβόλαιο που έχει εκδοθεί με βάση αυτή, με άμεση ισχύ.

Όνοματεπώνυμο..... Υπογραφή.....

*Η CROMAR αποτελείται από την Cromar Μεσίτες Ασφαλειών Μονοπρόσωπη ΑΕ (ΑΡ.ΓΕΜΗ 68768603000) και την Cromar Μονοπρόσωπη Ανώνυμη Εταιρία Ασφαλιστικής Πρακτόρευσης (ΑΡ.ΓΕΜΗ 149475603000). Η σύναψη σύμβασης με την Lloyd's Insurance Company SA γίνεται μέσω της μίας εκ των παραπάνω εταιριών της CROMAR, αναλόγως της ιδιότητας / επαγγελματικής άδειας του ασφαλιστικού διαμεσολαβητή που έρχεται σε επαφή με την CROMAR.*