

**ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΥΘΥΝΗΣ
ΜΕΣΙΤΕΣ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ – ΠΡΑΚΤΟΡΕΣ (Εταιρείες)
ΑΙΤΗΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ**

ΣΗΜΑΝΤΙΚΗ ΕΙΔΟΠΟΙΗΣΗ: Είναι απαραίτητο να απαντηθούν όλες οι ερωτήσεις. Οι πληροφορίες έχουν εμπιστευτικό χαρακτήρα.

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, υπάρχουν χώρες στις οποίες ισχύουν περιορισμοί από Διεθνής Οργανισμούς; 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 κάποιο γεγονός που μπορεί να εξελιχθεί σε αξίωση εναντίον σας; | <input type="checkbox"/> ΝΑΙ | <input type="checkbox"/> ΟΧΙ |

(*) ΕΠΙΠΡΟΣΘΕΤΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

.....

.....

.....

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: | % |
| TOTAL / ΣΥΝΟΛΟ 100% | |

VI. ΣΥΝΟΛΙΚΕΣ ΠΡΟΜΗΘΕΙΕΣ

| | Προηγούμενο έτος | Τρέχον Έτος (εκτίμηση) |
|---|------------------|------------------------|
| ΣΥΝΟΛΙΚΑ ΚΑΘΑΡΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΑ (€) | | |
| 1. Συνολικές δικές σας Προμήθειες(€) | | |
| 2. Προμήθειες που εκχωρήθηκαν σε συνεργαζόμενους Ασφαλιστές (€) | | |
| ΣΥΝΟΛΙΚΕΣ ΠΡΟΜΗΘΕΙΕΣ (1+2) | | |

Αν επιθυμείτε να ασφαλίστε τυχόν «αποκλειστικούς» Ασφαλιστικούς Συμβούλους, δηλώστε παρακάτω ή επισυνάψτε ξεχωριστή σελίδα

| Όνοματεπώνυμο | Αρ. Μητρώου Επιμελητηρίου |
|---------------|---------------------------|
| | |
| | |
| | |
| | |

Δηλώνεται πως οι παραπάνω απαντήσεις και πληροφορίες είναι αληθείς και δεν έχει συγκαλυφθεί ή σκόπιμα διατυπωθεί εσφαλμένα κάποιο ουσιώδες στοιχείο. Συμφωνείται ότι αυτή η πρόταση θα αποτελέσει την βάση του Ασφαλιστηρίου Συμβολαίου. Αναλαμβάνεται δε η υποχρέωση να ενημερώνουμε την Ασφαλιστική Εταιρεία για οποιαδήποτε ουσιώδη μεταβολή στα δηλωθέντα στοιχεία της παρούσας Αίτησης.

Ημερομηνία: ____/____/____

Σφραγίδα

Υπογραφή / Ονοματεπώνυμο