

PROFESSIONAL INDEMNITY INSURANCE
ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΑΣΤΙΚΗΣ ΕΥΘΥΝΗΣ
TRAVEL AGENTS / ΤΑΞΙΔΙΩΤΙΚΟΙ ΠΡΑΚΤΟΡΕΣ
PROPOSAL FORM / ΑΙΤΗΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

IMPORTANT NOTICE

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.

I. GENERAL DATA / ΓΕΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Company Name / Επωνυμία:	
Address / Διεύθυνση:	Website:
Tel / Τηλ:	Email:
Tax Nr / ΑΦΜ- ΔΟΥ:	Αρ.ΜΗ.ΤΕ.:
Year Established / Έτος Ίδρυσης:	Member of IATA / Μέλος IATA: <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
Member of Professional Association / Μέλος Επαγγελματικής Ένωσης? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	

PERSONNEL / ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ

Owners -Partners/ Ιδιοκτήτες- Συνεταίροι	Qualified staff/ Ειδικευμένο προσωπικό	Administrative Staff Διοικητικό προσωπικό	Seasonal Staff Εποχικό προσωπικό	Total Nr. / Σύνολο

II. PROFESSIONAL ACTIVITY (Full description. If new business, please attach CV) / ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑΣ

.....

Breakdown of services & respective % of total fees / Ανάλυση υπηρεσιών & αντίστοιχο % επί των συνολικών αμοιβών

<input type="checkbox"/>	Group Travel (Outgoing Tourism)/ Ομαδικά τουριστικά ταξίδια Εξωτερικού.	... %
<input type="checkbox"/>	Group Travel (Incoming Tourism) /Ομαδικά τουριστικά ταξίδια Εσωτερικού.	... %
<input type="checkbox"/>	Conferences-Incentives /Συνέδρια- ταξίδια κινήτρων	... %
<input type="checkbox"/>	Outdoor Recreational Activities / Υπαιθριες Δραστηριότητες Αναψυχής:	... %

III. GENERAL QUESTIONS / ΓΕΝΙΚΕΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ

- Total No of People - Clients handled last year /Σύνολο ατόμων που διακινήθηκαν το προηγούμενο έτος:
1-3.000 3-5.000 5-10.000 10-15.000 15-20.000 Other:
- Does your Firm operate its own tours or sell tours to other agents or affinity / non-affinity groups? YES NO
Η εταιρεία σας οργανώνει δικές της εκδρομές ή αναθέτει σε άλλα ταξιδιωτικά γραφεία ή οργανισμούς;
(If YES, please provide description. Αν ΝΑΙ, δώστε περιγραφή)
.....
- Is your Firm involved in Adventure Tours (i.e. skiing, rafting, etc.)? If YES, please mention / YES NO
Η εταιρεία σας ασχολείται με εκδρομές Περιπέτειας (σκι, ράφτινγκ κλπ). Αν ΝΑΙ, αναφέρατε
.....

IV. TOTAL FEES (i.e. REVENUE – COST OF SALES) (last 2 years & estimation for current year). **Please attach copy of your latest balance sheet. If Law for your company form does not demand balance sheet, please attach your latest tax clearance together with your Ε3 / ΣΥΝΟΛΙΚΟ ΜΙΚΤΟ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ** (δηλ. ΈΣΟΔΑ – ΚΟΣΤΟΣ ΠΩΛΗΘΕΝΤΩΝ) (τελευταία 2 χρόνια & εκτίμηση για το τρέχον). *Επισυνάψτε τον τελευταίο ισολογισμό σας. Όπου ο νόμος δεν απαιτεί την σύνταξη /έκδοση ισολογισμού, επισυνάψτε το Εκκαθαριστικό Εφορίας για τη χρήση του προηγούμενου οικονομικού έτους μαζί με το Ε3 Δελτίο Οικονομικών Στοιχείων Επιχειρήσεων & Επιτηδευματιών.*

20 ...	20 ...	20 ...
--------	--------	--------

V. PREVIOUS INSURANCE & CLAIMS INFORMATION / ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ & ΖΗΜΙΩΝ

Have you previously been insured? (If so, please specify below) / Υπήρξε ασφάλιση στο παρελθόν; YES NO

Insurance Company / Ασφαλιστική Εταιρεία	Policy Period / Περίοδος Ασφάλισης	Limit of Indemnity/ Όριο κάλυψης

- a) Have any claims been made against your Firm during the past years? YES NO
Έχουν εγερθεί αξιώσεις εναντίον της Εταιρείας σας τα τελευταία χρόνια
- b) Are you aware of circumstances that may result in claim? YES NO
Γνωρίζετε να έχει υπάρξει κάποιο συμβάν που μπορεί να οδηγήσει σε αξίωση αποζημίωσης
 Where YES, give respective details / Όπου ΝΑΙ, αναφέρατε:

VI. INDEMNITY REQUIRED / ΕΠΙΘΥΜΗΤΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΚΑΛΥΨΗ

Any one Claim / Ανά Απαίτηση: 100,000€ 200,000€ 300,000 € Other/Άλλο:
 Aggregate / Συνολικά ανά Έτος: 200,000€ 400,000€ 600,000€

Deductible: / Απαλλαγή 1,000€ 2,000€ 5,000€ Other / Άλλο:

I declare that the statements and particulars in this Proposal are true and that I/We have not mis-stated or suppressed any material facts. In case insurance cover is concluded, I/We agree that this Proposal together with any other information supplied by me/us shall form the basis of any Contract of Insurance effected thereon. /

Δηλώνεται πως οι παραπάνω απαντήσεις και πληροφορίες είναι αληθείς και δεν έχει συγκαλυφθεί ή σκόπιμα διατηπωθεί εσφαλμένα κάποιο ουσιώδες στοιχείο. Στην περίπτωση που συναφθεί ασφαλιστική κάλυψη, συμφωνείται η Πρόταση αυτή να αποτελέσει την βάση Ασφαλιστηρίου Συμβολαίου.

Date / Ημερομηνία: ... / ... /

Company seal / Υπογραφή -Σφραγίδα

Signature / Name & Title (Partner/Principal/Director):
 Υπογραφή / Ονοματεπώνυμο & Τίτλος (Εταίρος ή Διευθυντής)