

**PROFESSIONAL INDEMNITY INSURANCE/
ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΥΘΥΝΗΣ
(Miscellaneous Classes/ Φορείς Παροχής Υπηρεσιών)
PROPOSAL FORM/ΑΙΤΗΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ**

I. GENERAL DATA / ΓΕΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Company Name / Επωνυμία:		
Professional Activity / Περιγραφή Δραστηριότητας:		
Address / Διεύθυνση:		Website:
Tel / Τηλ:	Fax :	Email:
Tax Registration Nr / ΑΦΜ - Tax Office / ΔΟΥ: /		Year Established / Έτος Ίδρυσης:
Refer Professional Association you are a member / Δηλώστε Επαγγελματικό Σύνδεσμο στον οποίο είστε Μέλος		

II. DETAILS OF PRACTICING PRINCIPALS–PARTNERS–OFFICERS /ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΤΑΙΡΩΝ–ΔΙΕΥΘΥΝΤΩΝ

Full Name / Ονοματεπώνυμο	Qualifications – Years of Experience / Προσόντα – Εμπειρία	Position in Firm – Years / Θέση στην Εταιρεία - Έτη

(Note: Please attach CV if the Company has been established recently or is a sole Partner/
(Σημείωση: Επισυνάψτε Βιογραφικό Σημείωμα (παρουσίαση) εάν η επιχείρηση έχει ιδρυθεί πρόσφατα ή υπάρχει ένας μόνο Εταίρος)

PERSONNEL

Qualified Staff/ Ειδικευμένο Προσωπικό	Administrative Διοικητικό Προσωπικό	Contract hired Staff Μισθωμένο με σύμβαση	Other (Specify) Άλλο (αναφέρατε)	Total Nr Σύνολο

III. PROFESSIONAL ACTIVITY/ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ

1. Please provide full description of your activities and indicate respective approximate percentage of total income/ fees: /
Σημειώστε αναλυτικά την επαγγελματική σας δραστηριότητα και δηλώστε τα αντίστοιχα κατά προσέγγιση ποσοστά επί των
συνολικών αμοιβών (Σημείωση: Μπορεί να χρειαστούν επιπρόσθετες πληροφορίες):
.....
.....

2. Are you admitted to any Association, conform to professional code of practice or accredited to any
quality assurance systems such as ISO9000? (If YES, give details)/
Ως Μέλος Επαγγελματικού Συνδέσμου δεσμεύεστε από κάποιο συγκεκριμένο κώδικα δεοντολογίας ή
είστε οι ίδιοι Πιστοποιημένοι κατά κάποιο Σύστημα Διασφάλισης Ποιότητας της σειράς ISO9000; YES NO
(An NAI, αναφέρατε):.....
.....

3. Do you have written procedures or check lists for the services performed and for ensuring that Clients requirements are identified and can be satisfied? (If YES, give details)/
Εφαρμόζετε τυποποιημένες διαδικασίες και Φύλλα Ελέγχου για τις Υπηρεσίες που παρέχετε, προκειμένου να διασφαλίσετε πως ικανοποιούνται οι ανάγκες των Πελατών σας; YES NO
(Αν ΝΑΙ, αναφέρατε):.....
4. Are you directly involved in any process of manufacture, construction, alteration, repair, installation or sale or supply of **products**, other than consultancy/ services as described above? (If YES, give details/ Συμμετέχετε άμεσα στην παραγωγή, κατασκευή /συναρμολόγηση, επισκευή, εγκατάσταση ή εμπορία **προϊόντων**, πέρα από την παροχή Επαγγελματικών Υπηρεσιών που αναφέρατε παραπάνω; YES NO
(Αν ΝΑΙ, αναφέρατε):.....
5. Are any Clients generating more than 30% of your total fee income? (If YES, please give details)/ Υπάρχουν Πελάτες σας οι οποίοι σας αποφέρουν εισόδημα πάνω από το 30% του συνόλου; YES NO
(Αν ΝΑΙ, αναφέρατε):.....
6. Do you use a standard form of contract agreement or letter of appointment? (If YES, enclose copy) / Χρησιμοποιείται τυποποιημένες Συμβάσεις με Πελάτες ή Συνεργάτες σας; (Αν ΝΑΙ, εσσωκλείστε): YES NO
7. Is any work put to Sub-contractors? (If YES, give details) / Εκχωρείτε μέρος εργασίας σε άλλους Υπεργολάβους (Αν ΝΑΙ, αναφέρατε); YES NO
- a) What percentage of your fees is paid to Sub-contractors? / Τι ποσοστό των αμοιβών αντιστοιχεί σε Υπεργολάβους %
b) Do you require sub-contractors to carry insurance and for what limits? / Απαιτείτε από τους Υπεργολάβους να διαθέτουν σε ισχύ Ασφαλιστήριο Επαγγελματικής Ευθύνης και με τι όρια αποζημίωσης;
- NOTE:** Insurance Company retains rights of recourse against sub-contractors unless specifically agreed otherwise. /
ΣΗΜΕΙΩΣΗ: Η Ασφαλιστική Εταιρεία διατηρεί το δικαίωμα αναγωγής κατά των Υπεργολάβων εκτός εάν έχει συμφωνηθεί διαφορετικά

IV. GROSS INCOME FEES (last 2 years & estimation for current year)/**ΣΥΝΟΛΙΚΕΣ ΑΜΟΙΒΕΣ** (2 τελευταία έτη- εκτίμηση για το τρέχον)

	20...	20...	20...
Greece/ Ελλάδα	€	€	€
Abroad (excluding USA/Canada)/ Εξωτερικό (εκτός ΗΠΑ /Καναδά)	€	€	€
TOTAL/ ΣΥΝΟΛΟ	€	€	€

V. EXPERIENCE (Largest & typical projects during the last years) / **ΕΜΠΕΙΡΙΑ** (Σημαντικά-χαρακτηριστικά των τελευταίων ετών)

YEAR/ ΕΤΟΣ	DESCRIPTION/ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ	TOTAL FEES ΑΜΟΙΒΕΣ (€)

VI. PREVIOUS INSURANCE & PREVIOUS CLAIMS INFORMATION/ ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ – ΖΗΜΙΩΝ

Have you previously been insured? (If so, specify) / Έχετε ασφαλισθεί στο παρελθόν; (Αν ΝΑΙ, δηλώστε) YES NO

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

a) Have any claims been made against your Firm during the past years? / Έχουν εγερθεί αξιώσεις εναντίον της Εταιρείας σας τα τελευταία χρόνια; YES NO

b) Are you aware of circumstances that may result in claim? / Γνωρίζετε κάποιο συμβάν που μπορεί να οδηγήσει σε αξίωση αποζημίωσης; YES NO

Where YES, give respective details Όπου ΝΑΙ, αναφέρατε:

.....
.....

VII. INDEMNITY REQUIRED / ΕΠΙΘΥΜΗΤΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΚΑΛΥΨΗ

Any one Claim / Ανά Απαίτηση: 100,000€ 300,000€ 1,000,000 € Other / Άλλο:
Aggregate / Συνολικά ανά Έτος: 200,000€ 600,000€ 2,000,000€

▪ Deductible: / Απαλλαγή 2,500€ 5,000€ 10,000€ Other / Άλλο:

Extensions required / Επιθυμητές επεκτάσεις κάλυψης

• Do you need Retroactive Cover of liability? (If YES, specify Date, Specific Activity – Contract) /
Επιθυμείτε Αναδρομική κάλυψη; (Εάν ΝΑΙ αναφέρατε Ημ/νία, Συγκεκριμένης δραστηριότητα – Σύμβαση) YES NO

• Do you need Extended Geographical Cover? (If YES, specify countries, geographical areas)
Επιθυμείτε Εκτεταμένη γεωγραφική κάλυψη; (Εάν ΝΑΙ αναφέρατε χώρες, γεωγραφική περιοχή) YES NO

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. I/We undertake to inform Underwriters of any material alteration to these facts occurring before completion of the Contract of Insurance. /

Δηλώνεται πως οι παραπάνω απαντήσεις και πληροφορίες είναι αληθείς και δεν έχει συγκαλυφθεί ή σκόπιμα διατυπωθεί εσφαλμένα κάποιο ουσιώδες στοιχείο. Στην περίπτωση που συναφθεί ασφαλιστική κάλυψη, συμφωνείται η Πρόταση αυτή να αποτελέσει την βάση Ασφαλιστηρίου Συμβολαίου στα πλαίσια του οποίου αναλαμβάνω την υποχρέωση να ενημερώνω την Ασφαλιστική Εταιρεία για οποιαδήποτε ουσιώδη μεταβολή στα δηλωθέντα στοιχεία της Πρότασης.

Stamp / Σφραγίδα

Date / Ημερομηνία / /

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

IMPORTANT NOTICE

- All questions must be answered to enable a quotation to be given / Πρέπει να απαντηθούν όλες οι ερωτήσεις για σωστή προσέγγιση ασφάλισης
- All information provided is confidential. / Οι πληροφορίες έχουν εμπιστευτικό χαρακτήρα.