

**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. GENERAL QUESTIONS / ΓΕΝΙΚΕΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ

- Are you connected or associated (financially or otherwise) with any Firm or Company? /
Συνδέεστε (οικονομικά ή με άλλο τρόπο) ή αποτελείτε μέρος κάποιας άλλης Εταιρείας; YES NO
If YES, give details / Αν ΝΑΙ αναφέρατε:
- Are you member of a consortium or group practice or engaged in a project partnership? YES NO
Είστε μέλος κοινοπραξίας ή σύμπραξης σε ένα επιχειρηματικό έργο;
If YES, give the names of other members/partners and their capacities in the consortium / partnership. Full information will be required.
(Note: If coverage is required for work done whilst a member of a consortium, a copy of the consortium agreement will be required.)/
Εάν ΝΑΙ αναφέρατε τα ονόματα των μελών και τη συμμετοχή τους στην κοινοπραξία. Απαιτούνται πλήρεις πληροφορίες.
(Σημείωση: Εάν η κάλυψη απαιτείται για την εργασία που γίνεται από ένα μέλος της κοινοπραξίας, θα απαιτείται αντίγραφο της σύμβασης)
.....
.....
.....

IV. 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. Could you please mention below major potential risks associated to your professional activity? /
Αναφέρατε σημαντικότερους πιθανούς κινδύνους που συνδέονται με την επαγγελματική δραστηριότητά σας;
.....
.....
3. Which are the arguments and the procedures applied in order to minimize above risks? /
Ποια είναι τα επιχειρήματά σας και οι διαδικασίες που εφαρμόζετε για την ελαχιστοποίηση των παραπάνω κινδύνων;
.....
.....
4. 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)/ YES NO
Ως Μέλος Επαγγελματικού Συνδέσμου δεσμεύεστε από κάποιο συγκεκριμένο κώδικα δεοντολογίας ή
είστε οι ίδιοι Πιστοποιημένοι κατά κάποιο Σύστημα Διασφάλισης Ποιότητας της σειράς ISO9000;
(Αν ΝΑΙ, αναφέρατε):.....
.....
5. 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)/ YES NO
Εφαρμόζετε τυποποιημένες διαδικασίες και Φύλλα Ελέγχου για τις Υπηρεσίες που παρέχετε,
προκειμένου να διασφαλίσετε πως ικανοποιούνται οι ανάγκες των Πελατών σας;
(Αν ΝΑΙ, αναφέρατε):.....
.....
6. 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):.....
.....
7. Do you undertake any work whatsoever where the "end product" of such work is carried out outside
Greece or for overseas Clients? (If YES, do you operate in countries where sanctions by international
organizations are imposed? Please, refer countries) / Αναλαμβάνεται εργασίες οι οποίες αναφέρονται ή YES NO
σχετίζονται με παραγωγή «τελικού προϊόντος» εκτός Ελλάδος; (Αν ΝΑΙ, υπάρχουν χώρες στις οποίες
ισχύουν περιορισμοί από Διεθνής Οργανισμούς; Αναφέρατε χώρες):
.....
.....
8. Are any Clients generating more than 30% of your total fee income? (If YES, please give details)/ YES NO
Υπάρχουν Πελάτες σας οι οποίοι σας αποφέρουν εισόδημα πάνω από το 30% του συνόλου;
(Αν ΝΑΙ, αναφέρατε):.....
.....
9. Do you use a standard form of contract agreement or letter of appointment? (If YES, enclose copy) / YES NO
Χρησιμοποιείται τυποποιημένες Συμβάσεις με Πελάτες ή Συνεργάτες σας; (Αν ΝΑΙ, εσωκλείστε):
.....
.....
10. Is any work put to Sub-contractors? (If YES, give details) / Εκχωρείτε μέρος εργασίας σε άλλους YES NO
Υπεργολάβους;
(Αν ΝΑΙ, αναφέρατε):.....
.....

- 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

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

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

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

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

VII. 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 you been subject to any disciplinary proceedings or incurred any fines or other sanctions by governmental, regulatory or professional body? / Έχετε υποστεί πειθαρχικές διώξεις ή σας έχουν υποβληθεί πρόστιμα ή άλλες κυρώσεις από κυβερνητικό, ρυθμιστικό ή επαγγελματικό Φορέα;; YES NO

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

c) 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:

.....

VIII. INDEMNITY REQUIRED / ΕΠΙΘΥΜΗΤΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΚΑΛΥΨΗ

Any one Claim / Ανά Απαίτηση: 500,000€ 1,000,000€ € /€

Aggregate / Συνολικά ανά Έτος: 1,000,000€ 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 Ημερομηνία, δραστηριότητα ή 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 διατηρωθεί 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)

NOTICE / ΣΗΜΕΙΩΣΗ: Οι πληροφορίες είναι εμπιστευτικές.

Η “ΚΟΥΤΙΝΑΣ ΑΕ” στο πλαίσιο συμμόρφωσης με τις απαιτήσεις του Κανονισμού Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων εγγυάται την ασφαλή αποθήκευση προσωπικών δεδομένων και δηλώνει πως δεν πρόκειται να τα χρησιμοποιήσει για διαφημιστικούς ή άλλους σκοπούς αλλά μόνο για την κάλυψη ασφαλιστικών αναγκών.