

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

I. GENERAL DATA / ΓΕΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Name/Επωνυμία:		
Professional Activity / Περιγραφή Δραστηριότητας:		
Address / Διεύθυνση:		Website:
Tel / Τηλ:	Fax :	Email:
Tax Nr / ΑΦΜ - ΔΟΥ:		Year Established / Έτος Ίδρυσης:

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	Total Nr Σύνολο

III. PROFESSIONAL ACTIVITY/ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ

- 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):
.....
.....
- 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
- 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
- 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, εσωκλείστε); YES NO
- Is any work put to Sub-contractors? (If YES, give details) / Εκχωρείτε μέρος εργασίας σε άλλους Υπεργολάβους (Αν ΝΑΙ, αναφέρατε); YES NO

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

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

V. 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:

.....
.....

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. 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.