

**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**

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. 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
3. 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
4. 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
5. 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)

**ΣΗΜΕΙΩΣΗ:** Οι πληροφορίες είναι εμπιστευτικές.

Η "ΚΟΥΤΙΝΑΣ ΑΕ" στο πλαίσιο συμμόρφωσης με τις απαιτήσεις του Κανονισμού Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων εγγνάται 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.