

Γ. ΚΑΡΑΒΙΑΣ & ΣΥΝΕΡΓΑΤΕΣ Ε.Π.Ε.

Professional Indemnity Insurance – Proposal Form Insurance Brokers and/or Insurance Agents

Πρόταση Ασφάλισης Επαγγελματικής Αστικής Ευθύνης Ασφαλιστικών Διαμεσολαβητών

Please give answers to all the following questions (in CAPITAL LETTERS)

Παρακαλείσθε να απαντήσετε σε όλες τις ακόλουθες ερωτήσεις (με ΚΕΦΑΛΑΙΑ)

1. DETAILS OF PROPOSER (including any subsidiaries and previous firms requiring coverage) ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΟΥ ΠΡΟΤΕΙΝΟΝΤΟΣ (συμπεριλαμβανομένων θυγατρικών και προηγούμενων εταιρειών που ζητούν κάλυψη)			
Full Name of Insured (Including ID number / Registration Number) Πλήρης Επωνυμία του Ασφαλιζόμενου (Αρ. Αδείας/Ασφ. Ιδιότητα/κ.λ.π.)			
Address/Διεύθυνση:			
A.F.M. / Δ.Ο.Υ. / Τηλ./Φαξ/e-mail :			
Date of Establishment of Agent or Firm Ημερομηνία Ιδρύσεως της Εταιρίας	Is the proposer a member of any Professional Association or Institution? Είναι ο προτείνων μέλος Επαγγελματικής Ένωσης ή Ιδρύματος	YES-ΝΑΙ / NO-ΟΧΙ (Delete as applicable)- Ημερομηνία	
Date First License Issued Αρχική Ημερ/νία έκδοσης Άδειας	If yes, please provide name. Εάν «ΝΑΙ», αναφέρατε επωνυμία.		

2. ABOUT YOUR BUSINESS- ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗ ΣΑΣ

a) Details on current Partners and Directors/ Στοιχεία Συνεταίρων και Διευθυντών:

Name - Ονοματεπώνυμο	Age/Ηλικία	Qualifications/ Σπουδές	Date Qualified / Ημερομηνία Διπλώματος/-ων	Date Joined / Ημερομηνία Έναρξης Συνεργασίας Με την Εταιρία

b) Number of Employees / Αριθμός Εργαζομένων :

c) Names of employees / Ονόματα εργαζομένων και όχι συνεργατών (εάν δεν επαρκεί ο χώρος παρακαλούμε επισυνάψτε λίστα) :

d) Annual Gross Premiums/ Income Earned Ετήσια Καθαρά Ασφάλιστρα / Έσοδα	Past 12 months/τελευταίο 12μηνο (1 Ιαν.-31.Δεκ.):	EUR/ΕΥΡΩ	Est. next 12 months/Επόμενο δωδεκάμηνο (Πρόβλεψη)	EUR/ΕΥΡΩ
e) Brokerage/Προμήθειες		EUR/ΕΥΡΩ		EUR /ΕΥΡΩ
	Motor /Ασφάλειες αυτοκινήτων			%.....

Γ. ΚΑΡΑΒΙΑΣ & ΣΥΝΕΡΓΑΤΕΣ Ε.Π.Ε.

	Private Household/ Ιδιωτικών κατοικιών	%.....
	Commercial /Εμπορικών κινδύνων	%.....
	Liability (including Employers Liability, Public and Professional) /Αστικής Ευθύνης (περιλαμβανομένης της,Επαγγελματικής, Εργοδοτικής και Γενικής Αστικής Ευθύνης)	%.....
	Life / Private Health / Medical Ζωής/Νοσοκομειακής/Ιατροφαρμακευτικής Περιθαλψης	%.....
	Mutual Fund /Αμοιβαίων Κεφαλαίων	%.....
	Other, please specify Άλλα/Παρακαλείσθε να προσδιορίσετε	%.....
Does any one of your client represent 25% of your income Αντιπροσωπεύει κάποιος πελάτης σας ποσοστό 25% των εσόδων σας		YES -NAI / NO- Οχι (<i>Delete as applicable/Διαγράψτε κατά περίπτωση</i>)
If Yes, please specify./ Εάν «ΝΑΙ», προσδιορίστε.		
h) Do you have any binding authority or the authority to bind risks? / Έχετε δεσμευτική εντολή ή εξουσιοδότηση ασφάλισης κινδύνων	YES - NAI / NO -OXI (<i>Delete as applicable/Διαγράψτε κατά περίπτωση</i>)	
If Yes, please specify. / Εάν «ΝΑΙ», παρακαλούμε να διευκρινίσετε.		
Do you have income from an Insurance Company for whom have act as a tied agent? Έχετε εισόδημα από Ασφαλιστική Εταιρία με την οποία είστε συνδεδεμένος ή έχετε αποκλειστική συνεργασία;		
If Yes, please confirm the relevant income and if you are insured separately in respect of this income. Εάν ναι, επιβεβαιώστε το σχετικό εισόδημα καθώς επίσης και εάν έχετε ξεχωριστή ασφάλιση για το εισόδημα αυτό.		
j) Do you have any brokerage income from other Insurance Companies (except the one for which you are a tied agent)? Έχετε εισόδημα από Ασφαλιστικές Εταιρείες με τις οποίες συνεργάζεσθε (πλην αποκλειστικής συνεργασίας);		
If yes, please confirm Ins. Companies brokerage income and if this income reflects to the breakdown as per question f. Εάν ναι, αναφέρατε Εταιρείες και εισόδημα και εάν αυτό περιλαμβάνεται στην ανάλυση της ερώτησης f.		
k) Do you have any professional indemnity insurance? Έχετε ασφάλιση επαγγελματικής αστικής ευθύνης	YES -NAI / NO - Οχι (<i>Delete as applicable/ Διαγράψτε κατά περίπτωση</i>)	
If Yes, please specify. / Εάν «ΝΑΙ», παρακαλούμε να προσδιορίσετε.		
l) Do you require retroactive cover? Επιθυμείτε αναδρομική ισχύ του ασφαλιστήριου από 15/01/2005 (ΠΔ 190/2006);		
Have any claims or potential claims been made, during the last 5 years, against the Insured, predecessors in the business or any of the present Partners or Directors or Principal or, to the knowledge of the Firm, against any past Partner or Directors or Principal / Έχει υποβληθεί κάποια απαίτηση ή υπάρχει ενημέρωση για πιθανή απαίτηση κατά την τελευταία πενταετία εναντίον του Ασφαλιζομένου των προηγούμενων Εταίρων ή των παρόντων Εταίρων ή των Διευθυντών	YES -NAI / NO -OXI (<i>Delete as applicable/Διαγράψτε κατά περίπτωση</i>)	
If Yes, please specify. / Εάν «ΝΑΙ», παρακαλούμε να διευκρινίσετε.		
Is any Partner, Director or Principal aware, after enquiry, of any Circumstances which may result in any claim being made against the Firm, their predecessors in the business or any of the present or past Partners or Directors or Principals. Θ) Είναι κάποιος Εταίρος ή Διευθυντής ενήμερος, μετά από έρευνα, για οποιεσδήποτε συνθήκες που μπορούν να οδηγήσουν σε οποιαδήποτε απαίτηση από την Εταιρεία, τους προηγούμενους Εταίρους ή τους παρόντες Εταίρους ή Διευθυντές	YES - NAI / NO -OXI (<i>Delete as applicable/Διαγράψτε κατά περίπτωση</i>)	
If Yes, please provide a summary including date of loss, amount(s) paid or outstanding. / Εάν «ΝΑΙ», δώστε λεπτομέρειες συμπεριλαμβανομένων της ημερομηνίας ζημίας, του ποσού και τις εκκρεμείς ζημιές.		
3. DECLARATION 3. ΔΗΛΩΣΗ		
I/We declare on behalf of the Firm that the statements & particulars declared above are true and that I/We have not mis-stated nor suppressed any material facts. 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 Insurers of any material alteration of these facts occurring before completion of the contract of Insurance. Signing this proposal form does not bind the proposer or the insurers to complete this Insurance. Δηλώνω/δηλώνουμε εξ ονόματος της Εταιρείας ότι οι ανωτέρω δηλώσεις και τα στοιχεία είναι ακριβή και ότι δεν έχω/έχουμε παραποιήσει ούτε αποκρύψει κανένα ουσιαστικό στοιχείο. Συμφωνώ/Συμφωνούμε η παρούσα πρόταση μαζί με κάθε άλλο στοιχείο που αναφέρουμε να αποτελέσει τη βάση κάθε σύμβασης ασφάλισης που θα συναφθεί. Δεσμευόμαστε να ενημερώσουμε τους ασφαλιστές για κάθε ουσιαστική αλλαγή αυτών των στοιχείων που θα συμβεί πριν την ολοκλήρωση της σύμβασης ασφάλισης. Η υπογραφή της παρούσας πρότασης δεν δεσμεύει τον προτείνοντα ή τους ασφαλιστές να συνάψουν την παρούσα ασφάλιση.		

Γ. ΚΑΡΑΒΙΑΣ & ΣΥΝΕΡΓΑΤΕΣ Ε.Π.Ε.

Signature / _____ Date / _____
Υπογραφή: _____ Ημερομηνία: _____

Athens, / /2011

To Whom It May Concern:

Professional Indemnity No Claims Declaration

– Δήλωση μη ζημιάς Επαγγελματικής Αστικής Ευθύνης

We are not aware of any outstanding claims / circumstances which could give rise to a Professional Indemnity claim, which have not already been notified to insurers .

PERIOD

Δεν είμαστε ενήμεροι για καμία ζημιά / κατάσταση η οποία θα μπορούσε να προκαλέσει απαίτηση Επαγγελματικής Αστικής Ευθύνης, για την οποία δεν έχουμε ενημερώσει τους ασφαλιστές.

Yours faithfully

Name / Όνομα :