

APPLICATION FOR INSURANCE
ΑΙΤΗΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

MISCELLANEOUS PROFESSIONAL LIABILITY
ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΥΘΥΝΗΣ

THIS IS AN APPLICATION FOR A "CLAIMS MADE" POLICY
Η ΠΑΡΟΥΣΑ ΕΙΝΑΙ ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΟ «CLAIMS MADE»

(Words and expressions, other than in the headings, printed in **bold** are defined in the policy form.)

(Το ασφαλιστήριο περιέχει ορισμούς των λέξεων και εκφράσεων που είναι τυπωμένες με έντονους χαρακτήρες, εκτός από τους τίτλους)

1. GENERAL INFORMATION
ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

Name of Applicant:
Όνοματεπώνυμο του Αιτούντος:

Address of principal office of the Applicant:
Διεύθυνση έδρας του Αιτούντος:

Established:	Vat. No.	Tax Office
Τόπος εγκατάστασης:	Α.Φ.Μ.	Δ.Ο.Υ.

Province of Incorporation:

Περιοχή σύστασης:

Type of Company:	Corporation	Partnership	Individual	Other
Εταιρική μορφή:	Εταιρεία	Κοινοπραξία	Ιδιώτης	Άλλο
Telephone No.:	_____			Facsimile No.:
Αριθ. τηλεφώνου				Αριθμός φαξ

BRANCH OFFICE(S):
ΓΡΑΦΕΙΟ(-Α) ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΗΜΑΤΟΣ (-ΩΝ)

(1) Address:

(1) Διεύθυνση:

Telephone No.:	Facsimile No.:
Αριθ. τηλεφώνου:	Αριθ. Φαξ

(2) Address:

(2) Διεύθυνση:

Telephone No.:	Facsimile No.:
Αριθ. τηλεφώνου:	Αριθ. Φαξ

SUBSIDIARIES:

ΘΥΓΑΤΡΙΚΕΣ

Please list all subsidiary companies for whom coverage is required under the policy, if issued.

Παρακαλείσθε να απαριθμήσετε όλες τις θυγατρικές εταιρείες για τις οποίες απαιτείται κάλυψη από το παρόν ασφαλιστήριο, εφόσον εκδοθεί.

(1) Name:

Όνομασία:

Address:

Διεύθυνση

Telephone No.:	Facsimile No.:
Αριθ. τηλεφώνου:	Αριθ. Φαξ

1) Name:

Όνομασία:

Address:

Διεύθυνση

Telephone No.:	Facsimile No.:
Αριθ. τηλεφώνου:	Αριθ. Φαξ

1) Name:

Όνομασία:

Address:

Διεύθυνση

Telephone No.:	Facsimile No.:
Αριθ. τηλεφώνου:	Αριθ. Φαξ

2. COMPANY INFORMATION
ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΤΑΙΡΕΙΑΣ

Please attach a copy of the Applicant's latest annual report, including audited financial statements with all notes and schedules, and any other relevant financial materials.

Παρακαλείσθε να επισυνάψετε αντίγραφο του τελευταίου οικονομικού απολογισμού του Αιτούντος, περιλαμβανομένων των ελεγχθεισών οικονομικών καταστάσεων με όλες τις υποσημειώσεις και τους πίνακες και κάθε άλλο σχετικό οικονομικό στοιχείο.

If no annual report is available, please provide a general description of the business of the Applicant:

Εάν δεν υπάρχει ετήσιος απολογισμός, παρακαλείσθε να υποβάλετε γενική περιγραφή της επιχείρησης του Αιτούντος:

Please provide a list of all Predecessor Firms to the Applicant stated in Question 1 above, for whom coverage is required under the **policy**, if issued.

Παρακαλείσθε να υποβάλετε κατάλογο όλων των προηγούμενων εταιρειών του αναφερόμενου στο ανωτέρω σημείο 1 Αιτούντος, για τις οποίες ζητείται κάλυψη βάσει του παρόντος, εφόσον εκδοθεί.

For all company(ies) stated in Question 1, please provide:

Παρακαλείσθε να αναφέρετε για όλες τις αναφερόμενες ανωτέρω στο σημείο 1 εταιρείες:

1) A list of all partners, directors, and officers involved in the rendering of professional services.

Κατάλογο όλων των εταίρων, διευθυντών και υπαλλήλων που συμμετέχουν στην παροχή επαγγελματικών υπηρεσιών.

(Attach Curriculum Vitae)

(Επισυνάψατε βιογραφικά)

2) A list of all employees involved in the rendering of professional services. (Attach Curriculum Vitae)

Κατάλογο όλων των απασχολούμενων που συμμετέχουν στην παροχή επαγγελματικών υπηρεσιών (Επισυνάψατε βιογραφικά)

3) The number of all other employees:

Full Time _____

Part Time _____

Τον αριθμό όλων των άλλων απασχολούμενων:

Πλήρους απασχόλησης

Μερικής απασχόλησης

3. NATURE OF BUSINESS
ΦΥΣΗ ΤΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΗΣ

For all applicant(s) stated in Question 1:

Για όλους τους αιτούντες που αναφέρονται στο σημείο 1:

a) Please describe the nature of operations and professional services rendered by the Applicant relative thereto:

α) Παρακαλείσθε να περιγράψετε τη φύση των δραστηριοτήτων και των παρεχόμενων από τον Αιτούντα επαγγελματικών υπηρεσιών:

(Please attach copy of Corporate Brochure, if available)

(Παρακαλείσθε να επισυνάψετε αντίτυπο διαφημιστικού φυλλαδίου της εταιρείας, εφόσον είναι διαθέσιμο)

b) Please detail source of annual revenues, split amongst the geographical territories as follows:

β) Παρακαλείσθε να αναφέρετε λεπτομερώς την πηγή των ετήσιων εσόδων, κατανεμημένων ανά γεωγραφική περιοχή, με τον ακόλουθο τρόπο:

(Source of annual revenues is to be interpreted as revenues derived from professional services rendered)

(Ως πηγή ετήσιων εσόδων θεωρούνται τα έσοδα που προέρχονται από τις παρεχόμενες επαγγελματικές υπηρεσίες)

LAST TWELVE (12) MONTHS

ANTICIPATED NEXT

ΤΟΥΣ ΤΕΛΕΥΤΑΙΟΥΣ 12 ΜΗΝΕΣ

ΠΡΟΒΛΕΠΟΜΕΝΟ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΕΠΙΟΜΕΝΟΥΣ

TERRITORY

TWELVE (12) MONTHS

SOURCE

ΠΕΡΙΟΧΗ

ΔΩΔΕΚΑ (12) ΜΗΝΕΣ

ΠΗΓΗ

EUROPE

ΕΥΡΩΠΗ

CANADA & USA

ΚΑΝΑΔΑΣ ΚΑΙ ΗΠΑ

OTHER

ΑΛΛΗ ΠΕΡΙΟΧΗ

(please specify

(Παρακαλείσθε να διευκρινίσετε)

To whom do the Applicant render professional services?

Αποδέκτες των επαγγελματικών υπηρεσιών του Αιτούντος:

Does any one client represent more than 25% of the Applicant annual revenue?

Yes

No

Ναι

Όχι

Αντιπροσωπεύει ένας πελάτης ποσοστό ανώτερο του 25% των ετήσιων εσόδων του Αιτούντος;

If yes, please provide details.

Εάν ναι, παρακαλείσθε να αναφέρετε αναλυτικά.

c) What organizations regulate the practice of your profession on a mandatory basis?

γ) Σε ποιους οργανισμούς υπάγεται η άσκηση του επαγγέλματός σας σε υποχρεωτική βάση;

What other professional organizations does the Applicant or its members belong to?

Σε ποιες άλλες επαγγελματικές οργανώσεις ανήκουν ο Αιτών ή μέλη της εταιρείας του;

d) Please attach a list of your ten largest revenue contracts performed during the past five (5) years detailing client, contract period, services rendered and revenue.

δ) Παρακαλείσθε να επισυνάψετε κατάλογο των δέκα μεγαλύτερων συμβάσεων από τις οποίες είχατε έσοδα κατά τα τελευταία πέντε (5) έτη, αναφέροντας λεπτομερώς τον πελάτη, την περίοδο συνεργασίας, τις παρασχεθείσες υπηρεσίες και τα έσοδα.

e) Has or does the Applicant sub-contract the rendering of services to sub-contractors?

ε) Έχει αναθέσει ή αναθέτει ο Αιτών την παροχή υπηρεσιών σε υπεργολάβους;

Yes ,	What percentage? _____ %	No
Ναι ,	Σε τι ποσοστό; _____ %	Όχι

If yes, please advise what services have or may be sub-contracted to others.

Εάν ναι, παρακαλείσθε να δηλώσετε ποιες υπηρεσίες έχουν ανατεθεί ή ενδέχεται να ανατεθούν με υπεργολαβία σε τρίτους

Does the Applicant request proof of professional liability insurance from sub-contractors?

Yes No

Απαιτεί ο Αιτών απόδειξη ασφάλισης επαγγελματικής ευθύνης από τους υπεργολάβους του;

Ναι Όχι

Does the Applicant request indemnification or hold harmless agreements from sub-contractors?

Yes No

Απαιτεί ο Αιτών συμφωνίες αποζημίωσης ή παντελούς απαλλαγής ευθύνης από τους υπεργολάβους;

Ναι Όχι

f) Please attach a copy of your standard contracts for professional services rendered on behalf of your clients.

στ) Παρακαλείσθε να επισυνάψετε αντίγραφο των συμβάσεων παροχής επαγγελματικών υπηρεσιών για λογαριασμό των πελατών σας.

4. ΚΑΛΥΨΗ ΚΑΙ ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΕΣ ΑΠΑΙΤΗΣΕΙΣ

a) Has any claim and/or suit been made against any Applicant, its predecessor, or any past or present director, partner, officer, or employee?

α) Έχει υποβληθεί απαίτηση ή/και αγωγή κατά οιοσδήποτε αιτούντος, του προκατόχου του ή ενός πρώην ή νυν διευθυντή, εταίρου, υπαλλήλου ή απασχολούμενου;

Is the Applicant or any director, partner, officer or employee thereof aware of or in possession of any knowledge of an act, error, omission or breach of duty committed in the rendering of professional services?

Είναι ο Αιτών ή οιοσδήποτε διευθυντής, εταίρος, υπάλληλος ή απασχολούμενος του ενήμερος ή γνωρίζει στοιχεία για οποιαδήποτε πράξη, σφάλμα, παράλειψη ή παράβαση καθήκοντος που διεπράχθη κατά την παροχή επαγγελματικών υπηρεσιών;

Has the Applicant or any of its members, employees, directors or predecessors been the subject of disciplinary proceedings?

Υπήρξε ο Αιτών ή κάποιο από τα μέλη της εταιρείας του, τους απασχολούμενους, διευθυντές ή προκατόχους του αντικείμενο πειθαρχικής δίωξης;

QUESTION 4a) REQUIRE RESPONSES REGARDING ANY CLAIM, SUIT OR INCIDENT ANY APPLICANT IS AWARE OF OR HAS KNOWLEDGE OF, REGARDLESS OF WHETHER OR NOT THERE WAS ANY VALID AND/OR COLLECTIBLE INSURANCE APPLICABLE TO SUCH CLAIM, SUIT OR INCIDENT.

ΕΡΩΤΗΣΗ 4α) ΑΠΑΙΤΟΥΝΤΑΙ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΑΝΑΦΟΡΙΚΑ ΜΕ ΚΑΘΕ ΑΠΑΙΤΗΣΗ, ΑΓΩΓΗ Ή ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ ΤΟ ΟΠΟΙΟ ΓΝΩΡΙΖΕΙ Ή ΓΙΑ ΤΟ ΟΠΟΙΟ ΕΧΕΙ ΕΝΗΜΕΡΩΘΕΙ ΟΙΟΣΔΗΠΟΤΕ ΑΙΤΩΝ, ΑΝΕΞΑΡΤΗΤΑ ΑΝ ΥΠΗΡΧΕ Ή ΔΕΝ ΥΠΗΡΧΕ ΟΙΟΣΔΗΠΟΤΕ ΕΓΚΥΡΗ Ή /ΚΑΙ ΕΙΣΠΡΑΚΤΕΑ ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΠΟΥ ΕΦΑΡΜΟΖΕΤΑΙ ΣΕ ΑΥΤΗ ΤΗΝ ΑΠΑΙΤΗΣΗ, ΤΗΝ ΑΓΩΓΗ Ή ΤΟ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΟ.

Further, if the response to any part of Question 4a) is yes, please provide:

Εάν η απάντηση σε οποιοδήποτε στοιχείο της ερώτησης 4α) είναι θετική, παρακαλείσθε να αναφέρετε:

- Name of Claimant/Potential Claimant
- Ονοματεπώνυμο του ενάγοντος /δυνητικού ενάγοντος
- Date the Act, Error, Omission or Personal Injury was committed or alleged to have been committed
- Ημερομηνία κατά την οποία διαπράχθηκε ή εικάζεται ότι διαπράχθηκε η πράξη, το σφάλμα, η παράλειψη ή η προσωπική ζημία
- Date of Claim
- Ημερομηνία της απαίτησης
- Nature of Claim
- Φύση της απαίτησης
- Quantum
- Ποσό
- Any legal opinion obtained as to liability
- Οποιαδήποτε νομική γνώμη που ελήφθη σχετικά με την ύπαρξη ευθύνης
- Any legal, adjusting or indemnity payments to date
- Νομικά έξοδα, αμοιβή διαχείρισης ζημίας ή πληρωμή αποζημίωσης μέχρι σήμερα
- Any legal, adjusting or indemnity reserves established
- Κάθε πρόβλεψη δαπανών για νομικά έξοδα, αμοιβή διαχείρισης ζημίας ή πληρωμή αποζημίωσης

b) Please detail Professional Liability Insurance purchased by the Applicant for the past five years detailing the present insurance coverage first:

β) Παρακαλείσθε να αναφέρετε λεπτομερώς την ασφάλιση επαγγελματικής ευθύνης του αιτούντος κατά τα τελευταία πέντε έτη, αφού αναλύσετε πρώτα την κάλυψη της παρούσας ασφάλισης:

<u>COMPANY</u>	<u>POLICY NO.</u>	<u>POLICY PERIOD</u>	<u>POLICY LIMIT</u>	<u>DEDUCTIBLE</u>
<u>ΕΤΑΙΡΕΙΑ</u>	<u>ΑΡΙΘ.ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΟΥ</u>	<u>ΠΕΡΙΟΔΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ</u>	<u>ΟΡΙΟ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ</u>	<u>ΑΠΑΛΛΑΓΗ</u>

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Please state date on which uninterrupted Professional Liability Insurance began

Παρακαλείσθε να αναφέρετε την ημερομηνία έναρξης της αδιάκοπης ασφάλισης επαγγελματικής ευθύνης

c) INSURANCE REQUIRED:

γ) ΑΙΤΟΥΜΕΝΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ

(1) Limit of Liability Each Claim and Annual Aggregate

EUR _____

(1) Όριο ευθύνης για κάθε απαίτηση και συνολικό ετήσιο όριο

ΕΥΡΩ _____

Alternatively EUR _____

Εναλλακτικά ΕΥΡΩ _____

Alternatively EUR _____

Εναλλακτικά ΕΥΡΩ _____

(2) Deductible EUR _____ Each Claim

(2) Απαλλαγή ΕΥΡΩ _____ Ανά απαίτηση

Alternatively EUR _____ Each Claim

Εναλλακτικά ΕΥΡΩ _____ Ανά απαίτηση

d) To any Applicant's knowledge, has any Insurer declined to provide or cancelled insurance coverage for any Applicant, its predecessor or any past or present director, partner, officer or employee? Yes No

δ) Εξ όσων γνωρίζει ο Αιτών, έχει ποτέ κάποιος Ασφαλιστής αρνηθεί να παράσχει ή έχει ακυρώσει ασφαλιστική κάλυψη για οποιοδήποτε αιτούντα, προκάτοχό του ή πρώην ή νυν διευθυντή, εταίρο, υπάλληλο ή απασχολούμενο; Ναι Όχι

If yes, please provide reason(s) given by such Insurer

Εάν ναι, παρακαλείσθε να αναφέρετε τους λόγους που επικαλέστηκε ο εν λόγω Ασφαλιστής

5. ACKNOWLEDGMENT

ΔΗΛΩΣΗ

The undersigned authorized officer on behalf of the Applicant:

Ο υπογράφων εξουσιοδοτημένος υπάλληλος για λογαριασμό του Αιτούντος:

- Declares that the statements and disclosures in this application are complete and accurate;
- Δηλώνω ότι όσα αναφέρονται και αποκαλύπτονται στην παρούσα αίτηση είναι πλήρη και ακριβή·
- Declares that there are no known facts or material to the risk to be insured that have not been disclosed in this application;
- Δηλώνω ότι δεν υπάρχουν γνωστά περιστατικά ή υλικός κίνδυνος προς ασφάλιση που δεν έχουν αναφερθεί στην παρούσα αίτηση·
- Undertakes to provide the Company immediate notice of any material changes discovered between the date of this application and the effective date of the **policy**;
- Αναλαμβάνω τη δέσμευση να ενημερώσω αμέσως την εταιρεία για κάθε πραγματική μεταβολή που θα διαπιστωθεί από την ημερομηνία υποβολής της παρούσας αίτησης μέχρι την ημερομηνία έναρξης ισχύος του **ασφαλιστηρίου**
- Acknowledges that the Company, if it issues, the **policy** will be doing so in reliance of the completeness and accuracy of the statements and disclosures in this application;
- Δηλώνω ότι, εάν η εταιρεία εκδώσει το **ασφαλιστήριο**, θα το πράξει βασιζόμενη στην πληρότητα και ακρίβεια των στοιχείων που αναφέρονται και αποκαλύπτονται στην παρούσα αίτηση·
- Acknowledges that if issued, this application will form part of the **policy**.
- Αναγνωρίζω ότι η παρούσα αίτηση θα αποτελέσει μέρος του **ασφαλιστηρίου**, εφόσον αυτό εκδοθεί.

Signature (Signing Officer)

Υπογραφή (Υπογράφων Υπάλληλος)

Title

Ιδιότητα

Date

Ημερομηνία