

**ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΑΣΤΙΚΗΣ ΕΥΘΥΝΗΣ
ΔΙΑΜΕΣΟΛΑΒΟΥΝΤΩΝ**

ΣΥΝΕΡΓΑΤΗΣ: _____ ΚΩΔΙΚΟΣ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑΣ: _____

1. Full name(s) and/or trading style(s) of the Firm(s) and addresses(es):

Όνομα Ασφαλιζόμενης Επιχείρησης και Διεύθυνση:

Name(es) / Ονομα(τα)	Address(es) / Διεύθυνση(εις)
ΑΦΜ: _____ ΔΟΥ: _____ ΙΔΙΟΤΗΤΑ: _____ Αναφέρατε τον αριθμό άλλου συμβολαίου σας στην εταιρία μας _____	

Αναφέρατε το E-mail του Επιμελητήριου που Ανήκετε: _____

2. Details of Partners / Directors and Staff:

Πληροφορίες Συνεταίρων / Διευθυντών & Υπαλλήλων:

(a) Current / Ισχύοντες

Name(s) & Qualifications Όνομα (τα) & Προσόντα	How long in present position Χρόνος στην εν λόγω θέση	If less than 3 years please advise previous details Αν λιγότερο από 3 έτη παρακαλώ δώστε πληροφορίες για τα προηγούμενα έτη

(b) Total number of Staff, other than Partners / Directors, Typists and Messengers

Συνολικός αριθμός Προσωπικού εκτός Συνεταίρων, Διευθυντών, Δακτυλογράφων

και Ταχυδρόμων: _____

(c) Total number of additional Staff remunerated on a commission only basis/ Συνολικό αριθμός προσωπικού αμειβόμενου
μόνο επί προμήθεια _____

3. (a) Date of Establishment of the Firm(s)/ Έτος ίδρυσης της εταιρείας: _____

Αρ. Αδείας επιμελητηρίου: _____

(επισυνάψτε σχετικό έγγραφο)

(b) Is the Firm(s) member of any Professional Organization?

YES ☐ NO ☐

Η εταιρεία αποτελεί μέλος κάποιου Επαγγελματικού Οργανισμού

ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐

If "YES" please state which one/Εάν ΝΑΙ παρακαλώ αναφέρατε ποιου _____

(c) Are you a tight Agent of any insurance company i.e. Do you work exclusively with one insurer

YES ☐ NO ☐

Έχετε κάποια δέσμευση με οιαδήποτε Ασφαλιστική εταιρεία για αποκλειστική συνεργασία;

NAI ☐ OXI ☐

If "YES" please state which one/ Εάν NAI παρακαλώ αναφέρατε την εταιρεία:

4. Please complete the following with "past" representing your last full financial year which ended on (please specify)
Παρακαλείστε να συμπληρώσετε τον παρακάτω πίνακα και όπου «προηγούμενο» να δώσετε τα στοιχεία του τελευταίου σας οικονομικού έτους το οποίο έληξε (παρακαλώ προσδιορίσετε):
____/____/20____

Financial Year Οικονομικό Έτος	Past Προηγούμενο 2014	Current Τρέχων 2015	Estimated Next Πρόβλεψη Επόμενου 2016
(a) premium income ασφάλιστρα			
(b) Gross Commission / Fees Income Μικτές Προμήθειες/ Έσοδα από Αμοιβές			
(c) Net retained Καθαρά έσοδα (Προμήθειες & Αμοιβές)			

5. Does the Firm hold any authority granted to them by an Insurer where under such authority the firm has been given the authority to set rates, terms and conditions and/or handle claims at their direction? YES ☐ NO ☐

Είναι η εταιρεία σας εξουσιοδοτημένη από κάποια Ασφαλιστική Εταιρεία, να καθορίζει ασφάλιστρα, να θέτει όρους και προϋποθέσεις ασφαλιστικής κάλυψης και να διαχειρίζεται ζημιές σύμφωνα με τις οδηγίες τους; NAI ☐ OXI ☐

If "YES" please complete the Binding Authority Questionnaire/ Εάν «NAI» παρακαλώ συμπληρώστε το ερωτηματολόγιο "Binding Authority".

6. During the Firm's last financial year what % of the Firm's gross income was derived from the following/ Παρακαλώ προσδιορίστε το ποσοστό % εσόδων (μικτού κέρδους) της εταιρείας (προμήθειες – αμοιβές) ανά κλάδο, για τους ακόλουθους κλάδους, κατά την διάρκεια του τελευταίου οικονομικού έτους:

	Greece Ελλάδα	Europe Ευρώπη	Other Αλλού
(a) Non – Marine (e.g. Property- household, commercial, accident) Περιουσίας, Κατοικίες, Εμπορικούς κινδύνους, Ατυχήματα			
(b) General Liability Γενική Αστική Ευθύνη			
(c) Motor Αυτοκινήτων			

(d) Aviation (details required) Αεροπορικοί κίνδυνοι (αναφέρατε λεπτομέρειες) (e) Marine (details required) Μεταφορές & Θαλάσσιοι κίνδυνοι (αναφέρατε λεπτομέρειες) (f) Reinsurance (details required) Αντασφάλειες (αναφέρατε λεπτομέρειες) (g) Life (Selling standard Market products) Ζωής (Για έτοιμα προϊόντα της Αγοράς) (h) Loss Assessing / Claims Adjusting Αποτιμήσεις Ζημιών / Διακανονισμό Ζημιών (i) All other activities (details required) Λοιπές δραστηριότητες (αναφέρατε λεπτομερώς) ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ, ΣΚΑΦΗ, ΛΟΙΠΩΝ ΖΗΜΙΩΝ TOTAL ΣΥΝΟΛΟ			
---	--	--	--

7. (a) Has the Firm ever held a Professional Indemnity Policy? **YES** ☐ **NO** ☐
Είχε ποτέ η Εταιρεία κάλυψη Επαγγελματικής Ευθύνης; **ΝΑΙ** ☐ **ΟΧΙ** ☐

- (b) Is this policy current? **YES** ☐ **NO** ☐
Υπάρχει αυτή την στιγμή συμβόλαιο; **ΝΑΙ** ☐ **ΟΧΙ** ☐

If "YES" please advise/ εάν «ΝΑΙ» παρακαλώ απαντήσατε:

1) The expiry date of the current policy/
Ημερομηνία λήξης του τρέχοντος συμβολαίου: ____/ ____/ 20____

2) Name of Insurer/Ασφαλιστική Εταιρεία: _____

3) Current Limit of Indemnity/ Όριο Αποζημιώσεως: _____

4) Deductible/ Απαλλαγή: _____

- (c) Please advise number of years continuous Professional Indemnity held whether with above or not:
_____ years

Αναφέρατε για πόσα συνεχόμενα έτη καλύπτεσθε για Επαγγελματική Αστική Ευθύνη είτε με το ανωτέρω όριο και με την ανωτέρω απαλλαγή είτε διαφορετικά: _____

8. Has any proposal for similar Insurance made on behalf of the Firm or any of the present Partners or Directors or Principals, to the knowledge of the Firm, on behalf of their predecessors in business, ever been declined, cancelled, renewal refused, or special premium increases or terms imposed. **YES** ☐ **NO** ☐

Έχει γίνει ποτέ μια πρόταση παρόμοιας κάλυψης, για την Εταιρεία σας με τους τρέχοντες Συνεταίρους ή Διευθυντές ή Προϊσταμένους, μη αποδεκτή, άκυρη, μη ανανεώσιμη ή έχουν επιβληθεί ειδικές αυξήσεις στα ασφάλιστρα ή έχουν επιβληθεί ειδικοί όροι **ΝΑΙ** ☐ **ΟΧΙ** ☐

If "YES" please provide details/ εάν «ΝΑΙ» δώστε πληροφορίες:

9. Have any claims or potential claims been made, during the past five years, against the Firm, predecessors in 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? **YES** ☐ **NO** ☐

Έχουν εγερθεί απαιτήσεις ή πρόκειται να εγερθούν απαιτήσεις, για τα τελευταία πέντε έτη, εναντίον της Εταιρείας και εναντίον οιοδήποτε από τους παρόντες Συνεταίρους, Διευθυντές ή Προϊσταμένους ή για παλαιότερους στις θέσεις αυτές Συνεταίρους, Διευθυντές ή Προϊσταμένους ; **ΝΑΙ** ☐ **ΟΧΙ** ☐

If "YES" please give summary including date(s) of loss, amount(s) paid and outstanding(s).

Εάν «ΝΑΙ» δώστε μια συνοπτική παρουσίαση περιλαμβάνοντας ημερομηνία (νίες) ζημιών, ποσό(ά) πληρωμένο (α) και εκκρεμές(ή):

10. 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 business or any of the present or past Partners or Directors or Principals? **YES** ☐ **NO** ☐

Γνωρίζει οιοσδήποτε Συνεταίρος, Διευθυντής, Προϊστάμενος, μετά από έρευνα, για οιασδήποτε συνθήκες οι οποίες θα μπορούσαν να οδηγήσουν σε αγωγή εναντίον της Εταιρείας, για προηγούμενες ή τωρινούς Συνεταίρους, ή Διευθυντές ή Προϊσταμένους. **ΝΑΙ** ☐ **ΟΧΙ** ☐

If "YES" please give summary including date(s) of loss, amount(s) and outstanding(s)/ εάν «ΝΑΙ» δώστε μια περίληψη περιλαμβάνοντας ημερομηνία(νίες) ζημιών, ποσό(ά) πληρωμένα και απλήρωτο(α):

11. Do you anticipate any major changes in the Firm's activities during the next twelve months? **YES** ☐ **NO** ☐

Αναμένετε να γίνουν σημαντικές αλλαγές στις δραστηριότητες της Εταιρείας μέσα στους επόμενους 12 μήνες;

ΝΑΙ ☐ **ΟΧΙ** ☐

If "YES" please provide details/ εάν «ΝΑΙ» δώστε πληροφορίες:

12. (a) Limit of Indemnity/ Όριο Αποζημίωσης: _____

(b) Deductible/ Απαλλαγή: _____

13. Προαιρετική Κάλυψη Απώλειας Εγγράφων μέχρι του ποσού των € 150.000

ΝΑΙ ☐ **ΟΧΙ** ☐

Γενικές πληροφορίες -Δηλώσεις ασφαλιζόμενου :

Αφού ανέγνωσα με προσοχή τις καταχωρισθείσες δηλώσεις Ασφαλιζόμενου/Συμβαλλόμενου και πληροφορίες, βεβαιώνω ότι αυτές είναι αληθείς και πλήρεις και αποδέχομαι βάσει αυτών να ασφαλιστώ στην εταιρεία σας, γνωρίζοντας ότι η παρούσα αίτησή μου θα αποτελέσει τη βάση και αναπόσπαστο τμήμα του ασφαλιστηρίου που θα εκδοθεί, των όρων του οποίου έλαβα γνώση και συμφωνώ με αυτούς.

Η διεύθυνση κατοικίας και η ηλεκτρονική διεύθυνση (e-mail) που δηλώνονται στην παρούσα αποτελούν τη νόμιμη κατοικία και τη νόμιμη ηλεκτρονική διεύθυνση του Ασφαλιζόμενου/Συμβαλλόμενου αντίστοιχα, στις οποίες νόμιμα κοινοποιείται από την ΕΥΡΩΠΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ κάθε έγγραφο που αφορά την παρούσα και το ασφαλιστήριο συμβόλαιο που θα εκδοθεί και παράγονται τα κατά νόμο και κατά το ασφαλιστήριο συμβόλαιο αποτελέσματα από την ημέρα κοινοποίησης. Η ισχύς του ασφαλιστηρίου που θα εκδοθεί, θα αρχίσει από την έκδοση και παράδοση αυτού και με τον όρο ότι θα έχει καταβληθεί το εφάπαξ ασφάλιστρο ή η πρώτη δόση και ότι οι συνθήκες που επηρεάζουν την ασφαλισιμότητα του προτεινόμενου για ασφάλιση, παραμένουν όπως δηλώθηκαν στην παρούσα αίτηση. Επίσης αποδέχομαι ότι η κατάρτιση, τροποποίηση ή κατάργηση της συναπτόμενης ασφαλιστικής συμβάσεως, θα αποδεικνύεται με έγγραφα που φέρουν την υπογραφή των νόμιμων εκπροσώπων της ΕΥΡΩΠΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ.

Δηλώνω ότι παρέλαβα από τον Διαμεσολαβούντα, έντυπα της εταιρείας σας, με τις πληροφορίες που απαιτούνται από το άρθρο 150 του Ν.4364/2016, σχετικά με τους αιτούμενους προς ασφάλιση κινδύνους.

Αναφορικά με την επεξεργασία προσωπικών δεδομένων μου, έλαβα γνώση, συμφωνώ και δηλώνω ρητά και εγγράφως ότι:

Α) Η εταιρεία με την επωνυμία ΕΥΡΩΠΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ, θα τηρεί αρχείο στα γραφεία της στην Αθήνα, Φιλελλήνων 25 και θα επεξεργάζεται τα προσωπικά μου δεδομένα, με σκοπό την υποστήριξη, προώθηση και εκτέλεση της συμβατικής μας σχέσης. Η εταιρεία θα διαβιβάζει τα προσωπικά μου δεδομένα σε φυσικά πρόσωπα της ίδιας εταιρείας και σε άλλα τμήματα της ίδιας εταιρείας ή σε όποιον άλλον αποδέκτη απαιτείται εκ του νόμου, για τη διεκπεραίωση των ασφαλιστικών μας εργασιών.

Β) Δηλώνω ότι μου γνωστοποιήθηκαν τα δικαιώματά μου εκ των άρθρων 12 & 13 του ν.2472/1997 και συγκεκριμένα του δικαιώματός μου λήψης πληροφοριών σχετικά με όλα τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα που με αφορούν και του δικαιώματος προβολής αντιρρήσεων για την επεξεργασία δεδομένων που με αφορούν.

Ημερομηνία: ____/____/20____

Ο Αιτών

Ο Συνεργάτης

Η Πρόταση Ασφάλισης θεωρείται αναπόσπαστο μέρος του Ασφαλιστηρίου Συμβολαίου

ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΟ ΕΝΤΥΠΟ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΩΝ ΣΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ (άρθρο 150 του ν.4364/2016)

Η πλήρης επωνυμία της Εταιρείας μας είναι :

ΕΥΡΩΠΗ ΑΝΩΝΥΜΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΓΕΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΕΙΩΝ

Διακριτικός τίτλος : ΕΥΡΩΠΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ

Έδρα : Αθήνα Αττικής, Ελλάδα

Διεύθυνση έδρας : Φιλελλήνων 25, Αθήνα, Τ.Κ:105 57, Τηλ: 210 3230707, Fax: 210 3254853,

website: www.europe-asfalistiki.gr

Αριθμός ΓΕΜΗ: 857301000

Α.Φ.Μ. : 094156368

Εφαρμοστέο δίκαιο: Ελληνικό

Οι ασφαλισμένοι μπορούν να απευθύνονται στην παρακάτω ηλεκτρονική διεύθυνση για αιτιάσεις:

complaints@europe-asfalistiki.gr

Ως αιτίαση νοείται το παράπονο ή η δήλωση δυσaréσκειας που απευθύνεται στην Εταιρεία από πρόσωπο φυσικό ή νομικό το οποίο σχετίζεται με το ασφαλιστήριο συμβόλαιο ή με τις υπηρεσίες ασφάλισης που του παρέχονται.

Ως αιτώμενος νοείται το πρόσωπο φυσικό ή νομικό που εκλαμβάνεται ως έχων τις προϋποθέσεις να εγείρει αιτίαση προς εξέταση.

Αρμόδια για τη διαχείριση των αιτιάσεων είναι η Υπεύθυνη Διαχείρισης Αιτιάσεων (τηλ.2103230707).

Η Εταιρεία θα εξετάσει την αιτίαση και θα αποστείλει έγγραφη αιτιολογημένη απάντηση στον αιτώμενο, το αργότερο εντός 50 ημερολογιακών ημερών από την υποβολή της αιτίας.

Η ενεργοποίηση του μηχανισμού εξέτασης αιτιάσεων δεν διακόπτει την παραγραφή εννόμων αξιώσεων του αιτώμενου.

Ο αιτώμενος μπορεί να αποταθεί για την εξωδικαστική επίλυση του προβλήματός του σε άλλους φορείς, όπως ενδεικτικά τη Γενική Γραμματεία Καταναλωτή, το Συνήγορο του Καταναλωτή (σε προθεσμία ενός έτους από όταν έλαβε πλήρη γνώση της βλαπτικής πράξης ή παράλειψης) και την Τράπεζα της Ελλάδος.

Περισσότερες πληροφορίες για την υποβολή αιτίας καθώς και για την διαδικασία διαχείρισης αιτιάσεων από την Εταιρεία μπορείτε να βρείτε στον ιστότοπο της Εταιρείας.



Α Ι Τ Η Σ Η – ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

(άρθρο 8 Ν.1599/1986 και άρθρο 3 παρ. 3 Ν.2690/1999)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

Προς⁽¹⁾:	ΕΥΡΩΠΗ ΑΕΓΑ	ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟΥ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ
		<i>Συμπληρώνεται από την Υπηρεσία</i>	

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΟΥΝΤΟΣ

Ο – Η Όνομα:				Επώνυμο:					
Όνομα Πατέρα:				Επώνυμο Πατέρα:					
Όνομα Μητέρας:				Επώνυμο Μητέρας:					
Αριθ. Δελτ. Ταυτότητας:				Α.Φ.Μ:					
Ημερομηνία Γέννησης ⁽²⁾ :				Τόπος Γέννησης:					
Τόπος Κατοικίας:			Οδός:			Αριθμός:		ΤΚ:	
Τηλ:			Fax:			Δ/ση Ηλεκτρ. Ταχυδρομείου (Email):			

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις ⁽⁴⁾, που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

(5)

(6) Εξουσιοδοτώ την Υπηρεσία να προβεί σε όλες τις απαραίτητες ενέργειες (αναζήτηση δικαιολογητικών κλπ) για τη διεκπεραίωση της υπόθεσής μου.

(3) Εξουσιοδοτώ τον/την πιο πάνω αναφερόμενο/η να καταθέσει την αίτηση ή/και να παραλάβει την τελική πράξη. (Διαγράφεται όταν δεν ορίζετε εκπρόσωπος)

Αθήνα/...../.....

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται από τον ενδιαφερόμενο πολίτη ή Αρχή ή η Υπηρεσία του δημόσιου τομέα, που απευθύνεται η αίτηση.

(2) Αναγράφεται ολογράφως.

(3) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

(4) Σε περίπτωση ανεπάρκειας χώρου, η δήλωση συνεχίζεται σε άλλο κατάλληλο σημείο του εντύπου της αίτησης-υπεύθυνης δήλωσης και υπογράφεται από τον δηλούντα ή την δηλούσα.