



**CROMAR**  
INSURANCE BROKERS SA

SECURE  
PI<sup>3</sup>



www.cromar.gr

Coverholder at **LLOYD'S**

**Επαγγελματική Αστική Ευθύνη: Ασφαλιστικών Πρακτόρων/Μεσιτών/Συντονιστών  
Professional Indemnity: Insurance Brokers/Agents/Coordinators**

**Σημείωση /Notes**

- Η Αίτηση Ασφάλισης πρέπει να είναι πλήρως συμπληρωμένη (Οι πληροφορίες είναι εμπιστευτικές)
- Η CROMAR στο πλαίσιο συμμόρφωσης με τις απαιτήσεις του Κανονισμού Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων και σύμφωνα με την Πολιτική Προστασία Προσωπικών Δεδομένων που είναι αναρτημένη στον ιστότοπο της εταιρίας μας (www.cromar.gr), σας εγγυάται την ασφαλή αποθήκευση και επεξεργασία των προσωπικών σας δεδομένων και δηλώνει υπεύθυνα πως αυτά δεν πρόκειται να διατεθούν σε Τρίτους για διαφημιστικούς ή άλλους σκοπούς αλλά θα χρησιμοποιούνται αποκλειστικά στη διαπραγμάτευση με Ασφαλιστές για τις ασφαλιστικές καλύψεις σας.
- The Proposal Form should be fully completed (The information noted is confidential)
- CROMAR Insurance Brokers, Coverholder at Lloyd's, in compliance with the requirements of the General Data Protection Regulation (GDPR), per our privacy policy posted fully in our company website, guarantees the safe storage and processing of your personal data and assures you that they will not be made available to Third Parties for advertising or other purposes but will only be used in negotiations with Insurers in the context of your insurance coverage.

**Πρόταση Ασφάλισης /Proposal Form**

Producer who contacted CROMAR/

Κωδικός Διαμεσολαβούντα που ήρθε σε επαφή με την CROMAR: .....

Producer who contacted the Insured/

Κωδικός Διαμεσολαβούντα που ήρθε σε επαφή με τον Λήπτη Ασφάλισης .....

**Ασφαλιζόμενος / Insured:**

**Επιμελητήριο στο οποίο ανήκετε /  
Chamber of Commerce where you are  
registered**

**Αριθμός Μητρώου  
Επιμελητηρίου /  
Chamber Registry No:**

**Διεύθυνση / Address:**

**T.K./Post Code**

**Τηλέφωνο /Phone number**

**E-mail:**

**Φαξ/ Fax:**

**A.Φ.Μ./Tax Number:**

**Δ.Ο.Υ.:  
Tax  
Authority**

**Μεσίτης / Πράκτορας /  
Broker /Agent**

**Ημερομηνία  
έναρξης  
ασφαλιστικής  
δραστηριότητας/  
Starting Date of  
Insured Activity:**

...../...../.....

**Αριθμός  
Ειδικού  
Μητρώου**

**Εαν είστε και Συντονιστής  
Ασφαλιστικών Πρακτόρων  
παρακαλούμε δηλώστε:  
If you are also an Insurance Agents  
Coordinator, please indicate**

**Ημερομηνία  
έναρξης  
ασφαλιστικής  
δραστηριότητας/  
Starting Date of  
Insured Activity:**

...../...../.....

**Αριθμός  
Ειδικού  
Μητρώου**

**Ήσασταν ασφαλισμένος μέχρι τώρα;  
/ Have you been insured up to now?**

Ναι/Yes   
Όχι/No

**Διάρκεια προηγούμενου/νων  
ασφαλιστηρίου/ων  
συμβολαίου/ων Duration of  
previous insurance policy/ies:**



Εταιρία/  
Insurance Company:

Παρακαλούμε απαντήστε σε όλες τις παρακάτω ερωτήσεις. Εάν σε κάποια απάντηση σημειώστε "Ναι", παρακαλούμε να χορηγήσετε και αναλυτικές λεπτομέρειες σε χωριστό φύλλο.

Please answer all the following questions. If any question is answered 'Yes' please provide full details on a separate sheet.

1. Έχετε υποκαταστήματα σε άλλες διευθύνσεις; Does the firm have branch offices / subsidiaries in other locations?	Ναι/Yes <input type="checkbox"/> Όχι/No <input type="checkbox"/>		
2. Η άδειά σας ως διαμεσολαβών είχε ποτέ στο παρελθόν διαγραφεί ή ανασταλεί από οποιονδήποτε οργανισμό ή ομοσπονδία; Has the firm ever had its professional licence or membership of any federation or association withdrawn or suspended?	Ναι/Yes <input type="checkbox"/> Όχι/No <input type="checkbox"/>		
3. Είχαν ποτέ εγερθεί αξιώσεις εναντίον σας ή της εταιρίας σας ή προκατόχου της εταιρίας σας ή κάποιου εκ των σημερινών ή προηγούμενων συνεργατών, διευθυντών ή υπαλλήλων σας ή γνωρίζετε/ουν περιστατικό το οποίο μπορεί να οδηγήσει σε έγερση απαιτήσεως/αξιώσεως εις βάρος σας/τους; Have there ever been any claims made against the firm or its predecessors in business or any of the present or former partners/directors/employees or are they aware of any circumstances which may give rise to a claim against the firm/you/them?	Ναι/Yes <input type="checkbox"/> Όχι/No <input type="checkbox"/>		
4. Διαθέτει η εταιρία σας οποιοδήποτε είδους εξουσιοδότηση να αναλαμβάνει κινδύνους και να ενεργεί για λογαριασμό ή να εκδίδει ασφαλιστήρια συμβόλαια οποιασδήποτε ασφαλιστικής εταιρίας, ασφαλιστικού οργανισμού κλπ.; Does the firm hold any authority to bind or accept business or issue insurance policies on insurers' behalf without referral to insurers prior binding?	Ναι/Yes <input type="checkbox"/> Όχι/No <input type="checkbox"/>		
<b>Παρακαλούμε απαντήστε αναλυτικά στα παρακάτω / Please provide full details as follows:</b>	<b>Τρέχον έτος Current Year</b>	<b>Προηγούμενο έτος Last Year</b>	
5. Αρ. Ατόμων Staff No.'s:			
6. Συνολική παραγωγή σε καθαρά ασφάλιστρα από Συνολική Δραστηριότητα σε € Total Premium income handled in €			
7. Προμήθειες / Commissions από Δραστηριότητα Μεσίτη / Πράκτορα σε € Αμοιβές / Fee Income in €			
8. Προμήθειες / Commissions από Δραστηριότητα Συντονιστή Ασφαλιστικών Πρακτόρων σε € Αμοιβές / Fee Income in €			
9. Επιθυμητά όρια ασφάλισης σε / € Limit of Indemnity in / €	Υποχρεωτικό Compulsory <input type="checkbox"/>		
	Άλλο Other <input type="checkbox"/>		



Επιθυμητή απαλλαγή συμβολαίου / Excess (€)			
10. Διαχωρισμός δραστηριότητας (υπολογιζόμενο ως ποσοστό των προμηθειών / αμοιβών) από την δραστηριότητα Μεσίτη / Πράκτορα: Split of activities (estimated as a percentage of commission/fee income)			
Εμπορικοί / Βιομηχανικοί κίνδυνοι - Πυρός Commercial / Industry Property	%	Πλοίων και σκαφών / Marine Hull	%
Ιδιωτικοί κίνδυνοι - Πυρός / Personal Lines	%	Aviation	%
Μεταφορών /Marine Cargo	%	Ζωής/Life	%
Αυτοκινήτων / Motor	%	Αντασφαλίσεις Reinsurance	%
Αστικής Ευθύνης / Liability	%	Άλλο (διευκρινίστε) Other (Specify)	%
Επενδυτικά ασφαλιστικά προϊόντα (Α.Κ. κλπ.) Investment Insurance Activities	%		%
11. Εάν δραστηριοποιήστε στην πώληση επενδυτικών ασφαλιστικών προϊόντων (π.χ. Αμοιβαία Κεφάλαια κλπ.) επιθυμείτε να επεκτείνετε την κάλυψη για αυτή την ευθύνη σας; If you perform any investment insurance business would you like to extend your policy to cover this liability?		Ναι/Yes <input type="checkbox"/> Όχι/No <input type="checkbox"/> Ναι/Yes <input type="checkbox"/> Όχι/No <input type="checkbox"/>	
12. Διαχωρισμός δραστηριότητας ανά περιοχή Split of activity by territory (origin of business):		Εσωτερικού / Domestic	%
Η.Π.Α. / USA Καναδάς/Canada	%	Εξωτερικού λοιπά / Rest of World	%

Η παρούσα Αίτηση Ασφάλισης αποτελεί αναπόσπαστο τμήμα του Ασφαλιστηρίου Συμβολαίου που πρόκειται να εκδοθεί, υπό τον όρο ότι κάθε ένα από τα ενδιαφερόμενα μέρη, δηλ. ο Συμβαλλόμενος / Λήπτης της Ασφάλισης και ο Εξουσιοδοτημένος Ανταποκριτής, αποδεχτούν και συμφωνήσουν να προβούν στην έκδοση αυτού του Ασφαλιστηρίου Συμβολαίου. Πριν την υποβολή της παρούσας Αίτησης Ασφάλισης α) προσδιορίστηκαν από τον Διαμεσολαβούντα οι ασφαλιστικές ανάγκες του Συμβαλλομένου/Λήπτη της Ασφάλισης, β) εξηγήθηκαν με κατανοητό και αντικειμενικό τρόπο τα χαρακτηριστικά του ασφαλιστικού προϊόντος και ο Συμβαλλόμενος / Λήπτης της Ασφάλισης ενημερώθηκε επαρκώς για τις παρεχόμενες ασφαλιστικές καλύψεις, δικαιώματα και υποχρεώσεις, γ) παραδόθηκε το έγγραφο πληροφοριών για το ασφαλιστικό προϊόν που επέλεξε (άρθρο 20 της Οδηγίας (ΕΕ) 2016/97) και δ) του εξηγήθηκαν επαρκώς οι λόγοι για τους οποίους το ασφαλιστικό προϊόν που επέλεξε ικανοποιεί τις απαιτήσεις/ανάγκες του και το επέλεξε μετά την ενημέρωση για τις καλύψεις που παρέχει το συγκεκριμένο προϊόν και το κόστος του.

Δηλώνεται δε και συμφωνείται ότι ο Συμβαλλόμενος / Λήπτης της Ασφάλισης επιβεβαιώνει και δηλώνει υπεύθυνα ότι δεν παρέλειψε ούτε απέκρυψε οτιδήποτε θα μπορούσε να επηρεάσει τον υπό εκτίμηση ανωτέρω προτεινόμενο κίνδυνο και αποδέχεται ως αληθή και πραγματικά τα στοιχεία που αναφέρονται παραπάνω. Δηλώνει επίσης ότι αποδέχεται την παρούσα



ασφάλιση σύμφωνα με τους όρους που αναφέρονται στο ασφαλιστήριο και συμφωνεί ότι η ασφάλιση θα ισχύσει μετά την αποδοχή της Αίτησης Ασφάλισης από την Εταιρία και με την προϋπόθεση ότι θα έχει καταβάλει εμπρόθεσμα το οφειλόμενο ασφάλιστρο.»

This Proposal Form is an integral part of the Insurance Policy to be issued, provided that each of the interested parties, i.e. the Insured and the Authorized Coverholder, accept and agree to issue this Insurance Policy.

Prior to the submission of this Proposal Form a) the Intermediary has determined the insurance needs of the Contracting Party / Insured, b) the characteristics of the insurance product were explained in an understandable and objective manner and the Contracting Party / Insured was adequately informed about the insurance coverage offered, their rights and obligations, c) the information document for the insurance product selected has been delivered (Article 20 of Directive (EU) 2016/97) and d) the reasons why the insurance product selected meets their requirements / needs have been adequately explained to the Insured and they selected it after being informed about the coverage provided by the specific product and its cost.

It is hereby stated and agreed that the Contracting Party / Insured confirms and declares that they did not omit or conceal anything that could affect the risk proposed hereabove and they accept as true and accurate the data provided hereabove. They also state that they accept this insurance policy under the terms stated therein and agree that the insurance will be valid after the acceptance of this Proposal Form by the Company, provided that they have paid the due premium in a timely manner."

**Δηλώνω/ουμε υπεύθυνα γνωρίζοντας τις κυρώσεις που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ.6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, ότι / We declare responsibly, knowing the sanctions provided by the provisions of paragraph 6 of Article 22 of Law 1599/1986, that:**

- **Οι ανωτέρω δηλώσεις και απαντήσεις είναι αληθείς και δεν έχω/έχουμε αποκρύψει ή τροποποιήσει οποιαδήποτε στοιχεία.**  
The above statements and answers are true, and I/we have not withheld or altered any information.
- **Ουδεμία αξίωση έχει εγερθεί κατά του προσώπου ή της εταιρίας μου μέχρι σήμερα από λάθος ή παράλειψη κατά την άσκηση της επαγγελματικής μου/μας δραστηριότητας ως ασφαλιστικού διαμεσολαβητή, ούτε γνωρίζω/ουμε περιστατικό το οποίο μπορεί να οδηγήσει σε έγερση απαιτήσεως/αξιώσεως εις βάρος μου/ας.**  
No claim has been made against my person or company to date by mistake or omission in the exercise of my professional activity as an insurance intermediary, nor do I/we know an incident that may lead to a claim against me/us.
- **Θα γνωστοποιήσω/σουμε στους Ασφαλιστές οποιαδήποτε τροποποίηση των ανωτέρω στοιχείων που θα συμβεί κατά τη διάρκεια της περιόδου ασφάλισης.**  
I/We will disclose to the Insurers any amendment of the above items that will occur during the insurance period.

Υπογραφή

Ημερομηνία

Signed:

Dated:

**Σημείωση: Η αποστολή της πρότασης δε συνεπάγεται και αποδοχή του κινδύνου εκ μέρους της Εταιρίας.**



**ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΤΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ**  
(Η υπογραφή της δήλωσης αυτής είναι αναγκαία για την έκδοση και τη λειτουργία του ασφαλιστηρίου συμβολαίου)

Ως Συμβαλλόμενος ή Ασφαλιζόμενος, δηλώνω ότι:

1. Διάβασα την σχετική πληροφόρηση «Πολιτική Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων» στον ιστότοπο της εταιρίας (www.cromar.gr).
2. Ενημερώθηκα για την επεξεργασία των Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα, που πραγματοποιεί η Cromar και για τα δικαιώματα που έχω και διατηρώ ως υποκείμενο των δεδομένων (δηλ. πρόσβασης, διόρθωσης, διαγραφής, περιορισμού του σκοπού, φορητότητας και εναντίωσης). Επίσης για το δικαίωμά μου να ανακαλέσω οποτεδήποτε στο μέλλον την συγκατάθεση που χορηγώ δις της παρούσης δήλωσης καθώς και για τα δικαιώματά μου που αναφέρονται στα άρθρα 12-22 του Γενικού Κανονισμού Προστασίας Δεδομένων»
3. Παρέχω τη ρητή συγκατάθεσή μου (Άρθρο 7 του Κανονισμού ΕΕ 2016/679) στην παραπάνω εταιρία για τα ακόλουθα:  
Α) Για την επεξεργασία των Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα που περιλαμβάνονται σε αυτή την αίτηση ασφάλισης, καθώς και οποιονδήποτε άλλων έρθουν σε γνώση της εταιρίας στο μέλλον και έχουν σχέση με το ασφαλιστήριο συμβόλαιο που αιτούμαι, καθώς και με τη λειτουργία του.  
Β) Για την τήρηση αρχείων με όλα τα παραπάνω δεδομένα σε ηλεκτρονική ή άλλη μορφή.

Αναγνωρίζω ότι η επεξεργασία των Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα είναι απολύτως αναγκαία για τη λειτουργία του ασφαλιστηρίου συμβολαίου που αιτούμαι και ότι τυχόν ανάκλησή της στο μέλλον, θα δίνει στην εταιρία το δικαίωμα να καταγγείλει το ασφαλιστήριο συμβόλαιο που έχει εκδοθεί με βάση αυτή, με άμεση ισχύ.

Όνοματεπώνυμο .....

Υπογραφή .....



### Declaration of Consent for the Processing of Personal Data

(The signing of this declaration is required for the issuance and operation of the Insurance Policy)

As a Policy Holder / Insured I declare that:

I have read CROMAR's "Privacy Policy" at the company's website ([www.cromar.gr](http://www.cromar.gr)).

2. I have been notified of the Processing of Personal Data by the CROMAR Group of companies, and of my rights as a data subject (i.e. access, correction, deletion, restriction, portability, and objection). I have also been notified of my right to revoke at any time in the future the consent I am hereby granting, and of my rights provided by Articles 12-22 of the General Data Protection Regulation.

3. I give my explicit consent (Article 7 of Regulation EE 2016/679) to the above Company as the Controller for the following:

- a. For the processing of the Personal Data included in this Proposal Form, as well as any further data that might come to the knowledge of the Company in the future and is related to the Insurance Policy I am applying for, as well as to its operation.
- b. To keep records of all the above data in electronic or other form.

I acknowledge that the processing of Personal Data is absolutely necessary for the operation of the Insurance Policy that I am applying for and that any revocation in the future will give the Company the right to terminate the Insurance Policy issued on the basis of it, with immediate effect.

Full name : .....

Signature: .....

The binding of a contract with Lloyd's Insurance Company SA is carried out through Cromar Insurance Brokers Sole Proprietorship SA (Reg. No. 68768603000)

*Η σύναψη σύμβασης με την Lloyd's Insurance Company SA γίνεται μέσω της Cromar Μεσίτες Ασφαλειών Μονοπρόσωπη ΑΕ (ΑΡ.ΓΕΜΗ 68768603000).*