

## ΠΡΟΤΑΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΥΘΥΝΗΣ ΔΙΚΗΓΟΡΩΝ

### ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΡΟΤΕΙΝΟΝΤΑ (ΑΔΕΙΟΥΧΟΣ ΔΙΚΗΓΟΡΟΣ)

1. Πλήρες Όνομα : .....
2. Αρ. Ταυτότητας : ..... 3. Αρ. Μητρώου (ΠΔΣ) : .....
4. Διεύθυνση Αλληλογραφίας : Οδός : ..... Αρ. : .....  
Ταχ. Κώδικας : ..... Επαρχία : .....
5. Στοιχεία Επικοινωνίας : Τηλέφωνο : ..... Φαξ : .....  
E-mail : .....

### ΆΛΛΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ / ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΑΠΑΙΤΗΣΕΩΝ

1. Είχατε ποτέ άλλο ασφαλιστήριο Επαγγελματικής Ευθύνης ; Αν ΝΑΙ, παρακαλούμε δώστε λεπτομέρειες ΝΑΙ / ΟΧΙ  
.....
2. Έχουν εγερθεί απαιτήσεις εναντίον σας τα τελευταία 3 έτη ; Αν ΝΑΙ, παρακαλούμε δώστε λεπτομέρειες ΝΑΙ / ΟΧΙ  
.....
3. Γνωρίζετε για οποιαδήποτε περιστατικά ή συνθήκες που πιθανόν μπορεί μελλοντικά να οδηγήσουν σε οποιαδήποτε απαίτηση εναντίον σας ; Αν ΝΑΙ, παρακαλούμε δώστε λεπτομέρειες ΝΑΙ / ΟΧΙ  
.....
4. Έχετε οποιοσδήποτε πληροφορίες ή ενδείξεις από οποιοδήποτε πρόσωπο ότι πιθανόν να υποβάλει απαίτηση εναντίον σας ; Αν ΝΑΙ, παρακαλούμε δώστε λεπτομέρειες ΝΑΙ / ΟΧΙ  
.....
5. Παρακαλούμε δηλώστε τα έσοδα / αμοιβές που λάβατε από τους πελάτες σας κατά περιοχή – Στοιχεία σε Ευρώ :  

<u>Οικονομικό έτος</u>	<u>Κύπρος</u>	<u>Άλλη χώρα (παρακαλώ δηλώστε)</u>
..... (προηγούμενο)		
..... (τρέχον)		
..... (επόμενο) - Εκτίμηση		
6. Δηλώστε το ποσοστό των παρακάτω δραστηριοτήτων που αντιστοιχούν σε εσάς :  

▪ Χρηματοοικονομικές δραστηριότητες	_____ %
▪ Υποθέσεις Εταιρικού / Εμπορικού Δικαίου	_____ %
▪ Συγχωνεύσεις και εξαγορές	_____ %
▪ Υποθέσεις Ποινικού δικαίου	_____ %
▪ Υποθέσεις αγοράς / πώλησης κλπ. ακινήτων	_____ %
▪ Υποθέσεις Οικογενειακού δικαίου	_____ %
▪ Υποθέσεις Διεθνούς δικαίου	_____ %
▪ Υποθέσεις Εργατικού δικαίου	_____ %
▪ Δραστηριότητες ως Σύμβουλος Αφερεγγυότητας	_____ %
▪ Άλλες (παρακαλούμε περιγράψτε) .....	_____ %
Σύνολο	100%
7. Επιθυμείτε η ασφαλιστική κάλυψη να περιλαμβάνει αποζημίωση σχετικά με:  
- **Παραβίαση Απορρήτου** (Breach of confidentiality) ; ΝΑΙ / ΟΧΙ  
Σημείωση: Για την πιο πάνω επέκταση εφαρμόζεται υπό-όριο έως €50.000 ανά ζημιά και αθροιστικά για όλη την περίοδο κάλυψης, και πρόσθετο κόστος αγοράς +10% επί του βασικού ασφαλιστρου
- **Ανεπιθύμητα Εργοδοτούμενων** ΝΑΙ / ΟΧΙ  
- **Προηγούμενοι Συνεργάτες** ΝΑΙ / ΟΧΙ  
- **Δραστηριότητες ως Σύμβουλος Αφερεγγυότητας** ΝΑΙ / ΟΧΙ
8. Έχετε οποιαδήποτε άλλη ασφάλεια με την Εταιρεία μας ; Αν ΝΑΙ, παρακαλούμε δώστε λεπτομέρειες ΝΑΙ / ΟΧΙ

### ΔΗΛΩΣΕΙΣ

1. Δηλώνω ότι πριν την υπογραφή της πρότασης, έχω διαβάσει προσεκτικά τις ερωτήσεις που περιέχονται σε αυτή και τις απαντήσεις που δόθηκαν σε αυτές, ανεξάρτητα από το αν η Πρόταση συμπληρώθηκε από εμένα προσωπικά ή όχι και συμφωνώ με το περιεχόμενο τους.
2. Δηλώνω ότι με βάση τον Περί Επεξεργασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα (Προστασία του Ατόμου) Νόμο 138 (I) του 2001 η ATLANTIC INSURANCE COMPANY PUBLIC LTD, σαν Υπεύθυνος Επεξεργασίας δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα, με έχει ενημερώσει ότι:
  - (α) Για την σύναψη και εκτέλεση της Ασφαλιστικής Σύμβασης είναι απαραίτητη η συλλογή και επεξεργασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα ευαίσθητων ή μη.
  - (β) Τα δεδομένα θα καταχωρούνται σε φυσική ή ηλεκτρονική μορφή σε ένα ή περισσότερα διασυνδεδεμένα μεταξύ τους αρχεία τα οποία θα τηρούνται από την Εταιρεία και / ή άλλη θυγατρική και / ή άλλη συμβεβλημένη και / ή συνεργαζόμενη εταιρεία.
  - (γ) Αποδέκτες των δεδομένων θα είναι τα αρμόδια μέλη του προσωπικού της Εταιρείας και / ή άλλη θυγατρικής και / ή άλλη συμβεβλημένης και / ή συνεργαζόμενης εταιρείας που τελούν υπό τον έλεγχο του Υπεύθυνου Επεξεργασίας και τηρούν την αρχή του απορρήτου.  
Εκτός από τον πιο πάνω σκοπό, τα δεδομένα θα υπόκεινται σε επεξεργασία και για σκοπούς προώθησης προϊόντων και υπηρεσιών και / ή την έρευνα και στατιστική ανάλυση.
  - (δ) Έχω το δικαίωμα ενημέρωσης, πρόσβασης και διόρθωσης στο /στα αρχείο/α.
  - (ε) Σε περίπτωση αντίρρησης μου για επεξεργασία ή άρνησης μου στην παροχή συγκατάθεσης, η Εταιρεία θα έχει το δικαίωμα να μην αποδεχθεί την Πρόταση Ασφάλισης ή να τερματίσει την Ασφαλιστική Σύμβαση ή να απορρίψει την απαίτηση για αποζημίωση.

Περαιτέρω δηλώνω ότι έχω κατανοήσει πλήρως τις πρόνοιες του Περί Επεξεργασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα (Προστασία του Ατόμου) Νόμου 138 (I) του 2001, όπως περιγράφονται πιο πάνω και δηλώνω ρητά και ανεπιφύλακτα ότι συγκατατίθεμαι όπως τα δεδομένα μου προσωπικού χαρακτήρα, ευαίσθητα ή μη, συλλεγούν και αποτελέσουν αντικείμενο θεμιτής και νόμιμης επεξεργασίας από την Εταιρεία και/ή άλλη θυγατρική και/ή άλλη συμβεβλημένη και/ή συνεργαζόμενη εταιρεία για τους σκοπούς που αναφέρονται στην ενημέρωση που μου έγινε.

3. Δηλώνω ότι οι απαντήσεις που δίδονται στην Πρόταση είναι αληθείς και δεν έχω αποκρύψει, αποσιωπήσει ή παραστήσει ψευδώς οποιεσδήποτε πληροφορίες οι οποίες δυνατό να επηρεάσουν την απόφαση της Εταιρείας σχετικά με την αποδοχή της Πρότασης μου. Συμφωνώ ότι αν οποιεσδήποτε πληροφορίες έχουν δοθεί από οποιοδήποτε πρόσωπο εκτός από τον εαυτό μου, το πρόσωπο αυτό θα θεωρείται αντιπρόσωπος μου για τον σκοπό αυτό.  
Συμφωνώ όπως η Πρόταση θεωρηθεί ως να ενσωματώνεται στο Ασφαλιστήριο και αποτελείει την βάση της σύμβασης μεταξύ μου και της Εταιρείας και δέχομαι το Ασφαλιστήριο υπό την μορφή που εκδίδεται από την Εταιρεία για την Ασφάλεια που προτείνεται τώρα. Συμφωνώ επίσης να ειδοποιώ την Εταιρεία για οποιαδήποτε ουσιώδη αλλαγή στον κίνδυνο.
4. Δηλώνω ότι έλαβα γνώση από την Εταιρεία και /ή από το πρόσωπο που ασκεί για λογαριασμό της εργασίες διαμεσολάβησης, όλων των πληροφοριών που καθορίζονται στον Περί της Ασκήσεως Ασφαλιστικών Εργασιών και Άλλων Συναφών Θεμάτων Νόμο 35(I) του 2002 όπως έχει τροποποιηθεί, και ειδικότερα ότι:
  - (α) Η Ασφαλιστική Σύμβαση που θα καταρτιστεί θα διέπεται από το Δίκαιο που ισχύει στην Κυπριακή Δημοκρατία,
  - (β) Μου παρέχεται δικαίωμα υποβολής εγγράφων παραπόνων προς τον Διευθυντή της Εταιρείας στη διεύθυνση των Κεντρικών Γραφείων, Εσπερίδων 15, 2001 Στρόβολος, Λευκωσία, που έχει υποχρέωση να παράσχει τις αναγκαίες επεξηγήσεις μέσα σε προθεσμία είκοσι μία (21) ημερών από της υποβολής του εγγράφου αυτού παραπόνου. Σε καμία περίπτωση η διαδικασία αυτή δεν μου αποστερεί το δικαίωμα μου να προσφύγω στη δικαιοσύνη.
  - (γ) Η ATLANTIC INSURANCE COMPANY PUBLIC LTD, από την πληροφόρηση όπως μου έχει παρασχεθεί, είναι Κυπριακή Ασφαλιστική Εταιρεία εγγεγραμμένη στην Κυπριακή Δημοκρατία.

Παρακαλούμε διαβάστε προσεκτικά τις πιο πάνω δηλώσεις και υπογράψτε την Πρόταση μόνο αν τις έχετε κατανοήσει πλήρως και συμφωνείτε με αυτές.

#### ΠΑΡΑΚΑΛΟΥΜΕ ΣΗΜΕΙΩΣΤΕ ΟΤΙ

- (α) Η Ασφάλιση θα τεθεί σε ισχύ από τη στιγμή που ο κίνδυνος γίνει αποδεκτός από την Εταιρεία και μέχρις ότου εκδοθεί και σας παραδοθεί το Ασφαλιστήριο, με την εξαίρεση οποιασδήποτε προσωρινής κάλυψης που βεβαιώνεται από την έκδοση και παράδοση προς εσάς σχετικής καλυπτικής σημείωσης από την Εταιρεία.
- (β) Η Εταιρεία επιφυλάσσει το δικαίωμα να απορρίψει οποιαδήποτε Πρόταση για Ασφάλιση.

.....  
**Υπογραφή Προτείνοντος**

.....  
**Ημερομηνία**