



professionalCARE

Πρόταση Ασφάλισης /
Proposal Form

Επαγγελματικής Ευθύνης Δικηγόρων / Professional Indemnity Insurance for Lawyers & Solicitors

Για χρήση μόνο από την Εταιρεία:
Company use only:

Αριθμός Προσφοράς / Quotation Number	
---	--

Κωδικός Διαμεσολαβητή / Intermediary Code		Αριθμός Ασφαλιστηρίου / Policy Number	
--	--	--	--

Αριθμός Απόδειξης / Receipt Number		Κωδικός Χρεώστη / Debtor Code	
---------------------------------------	--	----------------------------------	--

Σημειώσεις / Notes

1. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΡΟΤΕΙΝΟΝΤΑ / POLICYHOLDER'S DETAILS

Όνοματεπώνυμο Προτείνοντα / Proposer's Full Name			
Αριθμός Ταυτότητας, Διαβατηρίου ή Αρ. Εγγραφής Εταιρείας / Identification, Passport or Company's Registration Number			
Τηλέφωνο / Telephone No.		Κινητό Τηλέφωνο / Mobile No	
Τηλεομοιότυπο / Facsimile (Fax)		Ηλεκτρονική Διεύθυνση / Email Address	
Έτος Ίδρυσης Εταιρείας / Year of Establishment (Where the proposer is a company)			

Διεύθυνση Αλληλογραφίας / Correspondence Address

Οδός και αριθμός / Street and number			
Ταχυδρομικός Κώδικας / Post Code		Πόλη / Χωριό / Town / Village	
Επαρχία / District			

Άτομο Επικοινωνίας (Αν διαφέρει από τον Ασφαλισμένο) / Contact Person (If it differs from Policyholder)

Όνοματεπώνυμο / Full Name			
Τηλέφωνο επικοινωνίας / Contact Phone			

2. ΠΕΡΙΟΔΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ / PERIOD OF INSURANCE

Από / From		Μέχρι / To	
---------------	--	---------------	--

3. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΡΓΟΔΟΤΟΥΜΕΝΩΝ ΠΡΟΤΕΙΝΟΝΤΑ / DETAILS OF PROPOSER'S EMPLOYEES

Όνοματεπώνυμο / Full Name	Συνέταιρος ή Εργοδοτούμενος / Partner or Employee.	Αριθμός Μητρώου Π.Δ.Σ / Cyprus BAR Association Reg.
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		

4. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΕΡΓΑΣΙΩΝ / BUSINESS DESCRIPTION

4.1 Δηλώστε τον ετήσιο κύκλο εργασιών σας, που πηγάζει από τις πιο κάτω γεωγραφικές περιοχές: /
Please state your annual turnover, emanating from the below territories:

	Προηγούμενο Οικονομικό Έτος / Previous Financial Year	Τρέχον Οικονομικό Έτος (εκτίμηση) Current Financial Year (estimation)	Επόμενο Οικονομικό Έτος (πρόβλεψη) Upcoming Financial Year (forecast)
Κύπρος / Cyprus			
Ευρωπαϊκός Οικονομικός Χώρος / European Economic Area			
Άλλο Other			

4.2 Παρακαλούμε δηλώστε την κατανομή του ετήσιου κύκλου εργασιών σας (όπως την εκτιμάτε για το τρέχον οικονομικό έτος) ως προς τις ακόλουθες δραστηριότητες: /
Please allocate your professional activities (in relation to your current financial year's estimated turnover), as per below:

Τομέας Δραστηριότητας / Professional Activity	Ποσοστό (%) / Percentage (%)
Ποινικό Δίκαιο / Criminal Law	
Μεταβιβάσεις - Θέματα Ακίνητης Ιδιοκτησίας / Conveyancing and other Property Related Topics	
Χρηματοοικονομικά - Ασφαλιστικά Θέματα / Financial Institutions & Insurance Companies	
Δίκαιο Κληρονομιάς / Probate, Executors & Wills	
Άλλες Δικαστηριακές Εργασίες / Other Litigation	
Παροχή Διοικητικών Υπηρεσιών / Corporate Services Provider	
Σύμβουλος Αφερεγγυότητας Insolvency Practitioner	
Άλλο (παρακαλούμε αναφέρετε) Other (please describe)	
Ολικό Total	100%

5. ΑΙΤΟΥΜΕΝΗ ΚΑΛΥΨΗ / REQUESTED COVER

5.1 Όρια Ευθύνης / Limits of Liability

Παρακαλούμε επιλέξτε το επιθυμητό σχέδιο κάλυψης σημειώνοντας με ✓ την επιλογή σας / Please select your desirable Plan of coverage by ticking (✓) the appropriate box.

Σχέδιο / Plan	Όριο ανά περιστατικό / Limit per claim	Όριο ανά περίοδο ασφάλισης / Limit in the annual aggregate	Αφαιρετέο ποσό για κάθε απαίτηση / Deductible per claim	Επιλέξτε / Choose
A / A	€171.000	€342.000	€250	<input type="checkbox"/>
B / B	€171.000	€342.000	€850	<input type="checkbox"/>
Γ / C	€250.000	€500.000	€250	<input type="checkbox"/>
Δ / D	€250.000	€500.000	€1.500	<input type="checkbox"/>
E / E	€300.000	€600.000	€350	<input type="checkbox"/>
Z / F	€500.000	€1.000.000	€500	<input type="checkbox"/>
H / G	€500.000	€1.000.000	€2.500	<input type="checkbox"/>

5.2 Επεκτάσεις Κάλυψεις / Cover Extensions

5.2.1 Αναδρομική Κάλυψη (εάν άλλη από την ημερομηνία έναρξης της περιόδου ασφάλισης) / Retroactive Cover (if other than the policy's inception date)

ΝΑΙ / YES ΟΧΙ / NO

Αν ΝΑΙ, παρακαλούμε όπως μας ενημερώσετε την ημερομηνία αναδρομικής κάλυψης / If YES, please declare the retroactive date required

Ημερομηνία αναδρομικής κάλυψης / Retroactive date

ΣΗΜΑΝΤΙΚΗ ΣΗΜΕΙΩΣΗ / IMPORTANT NOTE

Η αναδρομική κάλυψη προσφέρεται μόνο με την προϋπόθεση ότι διατηρούσατε αδιαλείπτως μέχρι σήμερα ασφάλιση Επαγγελματικής Ευθύνης, δεν είχατε απαιτήσεις και δεν είσατε ενήμεροι για οποιοδήποτε συμβάν που μπορεί να οδηγήσει σε απαίτηση / The retroactive coverage is offered only subject to you/your company having continuous Professional Indemnity Insurance coverage to date, you have not had made any claims under your policy and you are not aware of any circumstance that may lead to a claim.

5.2.2 Επέκταση για Σύμβουλο Αφερεγγυότητας, με όριο ευθύνης €100.000 ανά περιστατικό και €200.000 ανά έτος. Σημειώνεται ότι η κάλυψη αυτή προσφέρεται με επιπρόσθετο ασφάλιστρο / Insolvency practitioner extension, subject to a limit of €100.000 any one claim and €200.000 for any one period. This cover is subject to additional premium.

ΝΑΙ / YES ΟΧΙ / NO

Αν ΝΑΙ, παρακαλούμε αναφέρετε τα ονόματα των υπαλλήλων που ενεργούν ως Σύμβουλοι Αφερεγγυότητας / If YES, please state the names of the employees acting as Insolvency Practitioners

ΣΗΜΑΝΤΙΚΗ ΣΗΜΕΙΩΣΗ / IMPORTANT NOTE

(i) Σε περίπτωση εκούσιας εκκαθάρισης, το όριο ευθύνης της εταιρείας είναι ποσοστό 10% επί της περιουσίας της υπό εκκαθάριση εταιρείας. Εάν το ποσό αυτό ξεπερνά τις €100.000 ΔΕΝ συμπεριλαμβάνεται αυτόματα στην κάλυψη αυτής της επέκτασης και θα πρέπει να ενημερώνετε την ασφαλιστική για κάθε περίπτωση ώστε να αξιολογείται ξεχωριστά και να χρεώνεται με επιπλέον ασφάλιστρο / In case of a company's voluntary liquidation, the insurer's limit of indemnity is 10% of that company's assets. If this amount exceeds €100.000 then it does NOT automatically form part of the coverage offered under this extension and you are required to declare each case to be examined by the company for an additional premium.

6. ΓΕΝΙΚΕΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ / GENERAL INFORMATION

6.2 Παρακαλούμε απαντήστε τις πιο κάτω ερωτήσεις σημειώνοντας ✓ ή X /

Please answer the following questions using ✓ or X

6.2.1 Έχουν υποβληθεί οποιοσδήποτε απαιτήσεις εναντίον σας ή οποιουδήποτε από τους πιο πάνω προτεινόμενους για ασφάλιση αδειούχους δικηγόρους; / Have any claims being raised against you or any of the licensed lawyers proposed to be insured?

NAI / YES OXI / NO

Αν ΝΑΙ, παρακαλούμε δώστε λεπτομέρειες / If YES, please provide details

6.2.2 Γνωρίζετε για οποιοδήποτε περιστατικό ή συνθήκες που πιθανόν μπορούν μελλοντικά να οδηγήσουν σε οποιαδήποτε απαίτηση εναντίον σας ή εναντίον οποιουδήποτε από τους πιο πάνω προτεινόμενους για ασφάλιση αδειούχους δικηγόρους ή εναντίον πρώην συνταίρων σας; / Are you aware of any incident or circumstances which may give rise to a claim against you, against any of the licensed lawyers proposed to be insured or against any former partners?

NAI / YES OXI / NO

Αν ΝΑΙ, παρακαλούμε δώστε λεπτομέρειες / If YES, please provide details

6.2.3 Έχει οποιαδήποτε Ασφαλιστική Εταιρεία οποτεδήποτε απορρίψει πρότασή σας, αρνηθεί να ανανεώσει ή ακυρώσει ασφαλιστήριό σας, απαιτήσει αυξημένο ασφάλιστρο ή επιβάλει ειδικούς όρους; / Has any insurance company ever declined any proposal for insurance, refused to renew or cancelled any of your policies, refused to compensate, requested additional premium or imposed special terms?

NAI / YES OXI / NO

Αν ΝΑΙ, παρακαλούμε δώστε λεπτομέρειες / If YES, please provide details

6.2.4 Έχετε οποιαδήποτε άλλα ασφαλιστήρια με την εταιρεία μας; / Do you maintain any other policies currently with our company?

NAI / YES OXI / NO

Αν ΝΑΙ, παρακαλούμε δώστε λεπτομέρειες / If YES, please provide details

7. ΟΔΗΓΙΕΣ ΠΛΗΡΩΜΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΩΝ / PREMIUM PAYMENT INSTRUCTIONS

Επιθυμώ όπως το ετήσιας διάρκειας ασφαλιστήριό μου εξοφλείται ως ακολούθως (επιλέξτε με ✓ ή x όποια επιλογή ισχύει) /
I wish my annual insurance policy to be paid as follows (please mark ✓ or X whichever option applies)

1 Δόση – Ετησίως / 2 Δόσεις – Εξαμηνιαίως /
1 Installment - Annually / 2 Installments – Semi-Annually

3 Δόσεις – Τρεις συνεχόμενες μηνιαίες δόσεις / 4 Δόσεις – Τριμηνιαίως /
3 Installments - Three consecutive monthly installements / 4 Installments - Quarterly

12 Δόσεις – Μηνιαίως (Προσφέρεται μόνο μέσω τραπεζικής εντολής Direct Debit) /
12 Installments – Monthly (Available only through Direct Debit)

Επιθυμώ όπως η εξόφληση των δόσεων του συμβολαίου μου γίνει μέσω Τραπεζικής Εντολής Άμεσης Χρέωσης (Direct Debit) και σχετικά επισυνάπτω υπογραμμένη τη σχετική Εντολή. /

I would like to pay my policy premium using a Direct Debit and I hereby enclose a signed Direct Debit mandate form.

7. ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ / DECLARATION

Εγώ που υπογράφω πιο κάτω, δηλώνω ότι διάβασα με προσοχή όλες τις ερωτήσεις που περιέχονται σε αυτήν την Πρόταση Ασφάλισης, τις κατανόησα πλήρως και όλες οι απαντήσεις μου είναι πλήρεις και αληθείς και δεν έχω αποκρύψει, παραποιήσει ή παραστήσει με ανακρίβεια οποιοδήποτε ουσιώδες γεγονός και ότι η Πρόταση αυτή είναι απόλυτα δεσμευτική και θα αποτελεί τη βάση του ασφαλιστηρίου συμβολαίου μεταξύ μου και της ΚΟΣΜΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΔΗΜΟΣΙΑ ΛΤΔ (η “ΚΟΣΜΟΣ”) που θα εκδοθεί.

Επίσης, δηλώνω ότι θα ενημερώσω όλους τους οδηγούς που κατονομάζονται στην Πρόταση αυτή για το γεγονός ότι η ΚΟΣΜΟΣ τους παρέχει ασφαλιστική κάλυψη για την οδήγηση του εν λόγω οχήματος.

Η υπογραφή της πρότασης αυτής δεν προσφέρει οποιαδήποτε κάλυψη και δεν δεσμεύει την ΚΟΣΜΟΣ σε σύναψη ασφάλισης και αυτή διατηρεί το δικαίωμα να αποδεχτεί ή να διαφοροποιήσει ή να απορρίψει τους όρους της προσφερόμενης κάλυψης. Η ασφάλιση θα τεθεί σε ισχύ, αφού ο κίνδυνος γίνει αποδεκτός από την ΚΟΣΜΟΣ και εκδοθεί και παραδοθεί σε εμένα το Πιστοποιητικό Ασφάλισης. /

I, the undersigned, hereby declare that I have carefully read and fully understood all the questions included in the present Proposal Form and all my answers are true and complete and I did not conceal, counterfeit or misrepresent any material facts and that the present proposal is fully binding upon me and shall form the basis of the Insurance Contract between myself and COSMOS INSURANCE COMPANY PUBLIC LTD (hereinafter called “COSMOS”) that shall be issued.

I also declare that I will inform all drivers mentioned in this Proposal of the fact that COSMOS provides them insurance cover for driving this vehicle.

The signing of the present proposal does not offer any cover and does not bind COSMOS to enter into Insurance Contract and the latter reserves its right to accept or amend or decline the terms of the proposed cover. The insurance shall come into force once the risk is accepted by COSMOS and the insurance certificate is issued and delivered to me.

Ημερομηνία /
Date

Υπογραφή Προτείνοντα /
Proposer's Signature

8. ΠΡΟΣΤΑΣΙΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ - ΓΕΝΙΚΟΣ ΚΑΝΟΝΙΣΜΟΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ (GDPR) / DATA PROTECTION - GENERAL DATA PROTECTION REGULATION (GDPR)

Σύμφωνα με τις διατάξεις του Γενικού Κανονισμού Προστασίας Δεδομένων **(GDPR) (ΕΕ) 2016/679** και οποιωνδήποτε άλλων σχετικών νομοθεσιών, η ΚΟΣΜΟΣ είναι ο Υπεύθυνος Επεξεργασίας τέτοιων Προσωπικών και/ή Ευαίσθητων Δεδομένων. Κατά συνέπεια, η ΚΟΣΜΟΣ μπορεί να συλλέγει και να επεξεργάζεται δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα με μοναδικό σκοπό την παροχή των υπηρεσιών που ζητούνται από τον Προτείνοντα.

Η ΚΟΣΜΟΣ μπορεί να διαβιβάσει τα προσωπικά δεδομένα σε τρίτο μέρος, στο βαθμό που αυτό απαιτείται ως συμβατική αναγκαιότητα, λόγω νομικών υποχρεώσεων και/ή προστασία νόμιμου συμφέροντος.

Τα δεδομένα θα καταχωρούνται σε ηλεκτρονική ή οποιαδήποτε άλλη μορφή, σε ένα ή περισσότερα αρχεία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα κατά την έννοια του Νόμου, τα οποία θα τηρούνται από την ΚΟΣΜΟΣ ή από άλλη συμβεβλημένη/συνεργαζόμενη εταιρεία ή πρόσωπο.

Αποδέκτες των δεδομένων θα είναι τα αρμόδια μέλη του προσωπικού της ΚΟΣΜΟΣ, καθώς και αυτά των συμβεβλημένων/συνεργαζόμενων εταιρειών ή προσώπων. Η επεξεργασία δεδομένων είναι απόρρητη και θα διεξάγεται μόνο από πρόσωπα που τελούν υπό τον άμεσο ή έμμεσο έλεγχο της ΚΟΣΜΟΣ. Σε κάθε περίπτωση, η ΚΟΣΜΟΣ έχει βεβαιωθεί πως αυτά τα πρόσωπα ενεργούν με βάση τις απαραίτητες αρχές προστασίας δεδομένων, όπως αυτές περιγράφονται στις κατευθυντήριες γραμμές που έχει θέσει ο Γενικός Κανονισμός Προστασίας Δεδομένων.

Σε σχέση με τα προσωπικά δεδομένα που χειρίζεται η ΚΟΣΜΟΣ, οι προτείνοντες έχουν το δικαίωμα να ζητήσουν:

- πρόσβαση στα Προσωπικά τους Δεδομένα,
- τη διόρθωση των Προσωπικών τους Δεδομένων,
- τη διαγραφή των Προσωπικών τους Δεδομένων,
- να σταματήσει η ΚΟΣΜΟΣ την επεξεργασία των Προσωπικών τους Δεδομένων,
- τον περιορισμό της επεξεργασίας των Προσωπικών τους Δεδομένων, και/ή
- τη μεταφορά των Προσωπικών τους Δεδομένων σε άλλο μέρος.

Οι προτεινόμενοι που επιθυμούν να εξασκήσουν τα δικαιώματά τους σύμφωνα με τη διάταξη του **GDPR** ή άλλης συναφούς νομοθεσίας όπως περιγράφεται παραπάνω ή χρειάζονται περαιτέρω πληροφορίες σχετικά με τον τρόπο επεξεργασίας των προσωπικών δεδομένων, μπορούν να επικοινωνήσουν με τον υπεύθυνο προστασίας δεδομένων της ΚΟΣΜΟΣ μέσω αλληλογραφίας στη διεύθυνση Γρίβα Διγενή 46, 1080 Λευκωσία ή μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου στο dpo@cosmosinsurance.com.cy

Περισσότερες πληροφορίες σχετικά με την προστασία δεδομένων μπορείτε να βρείτε στη Δήλωση Απορρήτου της εταιρείας μας.

In accordance with the provisions of the General Data Protection Regulation (**GDPR**) (**EE**) **2016/679** and any other relating legislation, COSMOS is the Controller of such Personal and/or Sensitive Data. Accordingly, COSMOS may gather and process personal data only for the sole purpose of providing the services requested by the Proposer.

COSMOS may transfer/process personal data to a third party to the extent that this is required as a contractual necessity, on the grounds of legal obligations, and legitimate interest.

The personal data will be recorded in an electronic or any other form to the personal data filing system(s), within the meaning of the Law, maintained by COSMOS or by any other company or person with which co-operation exists and/or an agreement is in force.

The recipients of the personal data shall be the duly authorized personnel of the COSMOS and of any other company or person with which co-operation exists and/or an agreement is in force. The processing of such data is confidential and shall be carried out only by persons acting under the authority of COSMOS. In any case COSMOS assures that the aforementioned person will process the personal data following the basic principles of processing as per the provisions of the General Data Protection Regulation.

The Proposers have the right to:

- request a copy of their Personal Data (commonly known as a “data subject access request”),
- request correction of the Personal Data that COSMOS processes,
- request the erasure of Personal Data,
- a proposer may also request that COSMOS stops processing Personal Data,
- request the restriction of processing of Personal Data,
- request the transfer of Personal Data to another party.

Proposers who wish to exercise their rights in accordance with the provision of the **GDPR** or other relating legislation as described above or need further information as to the way we process personal data may contact COSMOS Data Protection Officer through post at 46 Griva Digeni, 1080 Nicosia or through email at dpo@cosmosinsurance.com.cy

Further information regarding data protection can be found in our Privacy Policy on our company’s website.

Συγκατάθεση για εμπορικούς σκοπούς

Επιπλέον, κατανοώ ότι η ΚΟΣΜΟΣ έχει πρόσθετα ασφαλιστικά προϊόντα τα οποία μπορεί να με αφορούν ως εκ τούτου συμφωνώ όπως η ΚΟΣΜΟΣ επεξεργάζεται τα Προσωπικά Δεδομένα μου για σκοπούς προώθησης άλλων ασφαλιστικών προϊόντων. /

Consent Form for Commercial Use

Additionally, I acknowledge that COSMOS offers other insurance products related to my needs and therefore I declare I consent that COSMOS processes my general personal Data, for the purposes of promoting other insurance related products and services to me.



Ημερομηνία /
Date

Υπογραφή Προτείνοντα /
Proposer’s Signature
