

**Επαγγελματική  
Αστική Ευθύνη Διαφόρων  
Επαγγελμάτων  
Αίτηση Ανανέωσης  
Ασφάλισης**

**Professional Indemnity  
Insurance of Various  
Professions  
Renewal Declaration Form**

**ΑΙΤΗΣΗ ΑΝΑΝΕΩΣΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΑΣΤΙΚΗΣ ΕΥΘΥΝΗΣ ΔΙΑΦΟΡΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ  
PROFESSIONAL INDEMNITY INSURANCE FOR VARIOUS PROFESSIONS RENEWAL DECLARATION  
FORM**

**Αριθμός Συμβολαίου  
Policy Number**

1	ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΥ DETAILS OF THE CONTRACTING PARTY							
Επωνυμία / Ονοματεπώνυμο Full name of contracting party								
A.Φ.Μ. Vat no		Δ.Ο.Υ Tax office		Επάγγελμα Profession				
Κλάδος Industrial Sector		Ετήσιος Τζίρος Annual Turnover		Αρ. Εργαζομένων Number of Employees				
Οδός, αριθμός Street, no		T. K. Post code		Τηλ. Tel.		Πόλη/ Χώρα City / Country		

1A	ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΥ DETAILS OF THE INSURED PARTY				
Επωνυμία Full name of contracting party					
A.Φ.Μ. Vat no		Δ.Ο.Υ Tax office		Έτος ίδρυσης Year Established	
Διεύθυνση Ιστοτόπου Internet Address					
Χώρα στην οποία βρίσκεται η Έδρα της Εταιρείας Country of Registration					

1B	ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΕΝΤΡΙΚΩΝ ΓΡΑΦΕΙΩΝ PRINCIPAL BUSINESS ADDRESS				
Οδός, αριθμός Street, no		T. K. Post code		Πόλη / Χώρα City / Country	
Τηλ. Σταθερό Tel.		Τηλ. Κινητό Mobile		E-mail	

2	Δήλωση μικτών εσόδων / αμοιβών αποκτηθέντων το: Declaration of gross income / fees earned for:		
Τελευταίο οικονομικό έτος 20... Last financial year 20...	01/01/20... - 31/12/20...		€
Τρέχον οικονομικό έτος 20... Current financial year 20...	01/01/20... - 31/12/20...		€
Πρόβλεψη για το επόμενο οικονομικό έτος 20... Estimate for the next financial year 20...			€

2i	Ανάλυση εσόδων / αμοιβών επί τις % : Gross income / fees % :	
Ελλάδα Greece		%
Εξωτερικό πλην Η.Π.Α. / Καναδά Overseas excl. U.S.A. / Canada		%
Η.Π.Α. / Καναδά U.S.A. / Canada		%

3	Υπάρχει κάποια αλλαγή στον επιμερισμό των δραστηριοτήτων σας; Has the split of activities changed?	NAI/YES	OXI/NO
Εάν ΝΑΙ, δώστε τα νέα ποσοστά % If YES, what are the new % splits		%	%
		%	%
		%	%

4	Υπάρχει κάποια αλλαγή στους τελευταίους 12 μήνες, που να περιλαμβάνει αλλαγή εταίρων, διευθυντών, υπαλλήλων ή/και επαγγελματικών δραστηριοτήτων; Has there been any changes in the past 12 months, including any changes in Partners, Directors, employees or/and business activities?	NAI/YES	OXI/NO
Εάν ΝΑΙ, παρακαλώ δώστε λεπτομέρειες If YES, please provide details			

5	Έχετε κάποιες αλλαγές στους τελευταίους 12 μήνες ή προβλέπετε κάποια αλλαγή για τους επόμενους 12 μήνες στην άσκηση των εργασιών σας; Have you experience any changes in the last 12 months or anticipate any changes in the next 12 months in the operation of your business?	NAI/YES	OXI/NO
Εάν ΝΑΙ, παρακαλώ δώστε λεπτομέρειες If YES, please provide details			

**Κατόπιν έρευνας επιβεβαιώνεται ότι κανένας Διευθυντής / Εταίρος ή μέλος του προσωπικού δεν έχει λάβει γνώση οποιασδήποτε απαίτησης εναντίον μας, επίσης δεν είμαστε γνώστες οποιωνδήποτε συνθηκών που μπορούν να οδηγήσουν σε οποιαδήποτε απαίτηση εναντίον μας μέχρι τη συμπλήρωση αυτής της Αίτησης Ανανέωσης με ημερομηνία ..../.../.....**

After enquiries have been made of all Directors/ Partners / Principals and staff, it is confirmed that no claims have been made against us and that no circumstances, which may give rise to a claim being made against us, have become known to us since completing the proposal form dated

6	Έχετε ασφαλιστεί στο παρελθόν ή είστε ασφαλισμένος σήμερα; Have you previously been insured or are you currently insured?	NAI/YES	OXI/NO
Αν ΝΑΙ, παρακαλείσθε να αναφέρετε: If YES, please give details:			
Επωνυμία των Ασφαλιστών Name of Insurers			
Όριο αποζημίωσης Indemnity limit			
Ημερομηνία λήξης Date of expiry			

7	Σας έχει ποτέ στο παρελθόν απορριφθεί παρόμοια πρόταση ασφάλισης ή σας έχει επιβληθεί επασφάλιστρο ή ειδικοί όροι; Have you been refused at any time similar insurance, or quoted increased premiums or had special terms imposed?	NAI/YES	OXI/NO
Αν ΝΑΙ, αναφέρατε λεπτομερώς If YES, please give full details			

8	<b>Ζημιές τελευταίων ετών</b> <b>Claims Record of the last years</b>	
Έχουν υπάρξει ή εκκρεμούν απαιτήσεις λόγω ζημιών κατά τη διάρκεια των τελευταίων ετών; Have there been any settled or outstanding claims during previous years?	<b>ΝΑΙ/YES</b>	<b>ΟΧΙ/NO</b>
Αν ΝΑΙ, δηλώστε την επωνυμία της ασφαλιστικής εταιρείας If YES, please state the name of the insurance company		
Υπήρξε πλήρης αποκατάσταση ζημιών; Has the damage been fully settled?	<b>ΝΑΙ/YES</b>	<b>ΟΧΙ/NO</b>
Λάβατε ποτέ αποζημίωση; Did you receive compensation?	<b>ΝΑΙ/YES</b>	<b>ΟΧΙ/NO</b>
Αν ΝΑΙ, δηλώστε το ποσό της αποζημίωσης If YES, state the amount of compensation		
Έχετε λάβει μέτρα για να μην ξανασυμβεί παρόμοια ζημιά; Have you taken the appropriate measures to prevent similar damage from reoccurring?	<b>ΝΑΙ/YES</b>	<b>ΟΧΙ/NO</b>
Αν ΝΑΙ, δηλώστε τι μέτρα έχουν ληφθεί. If YES, please state what measures have been taken.		
Συμπληρωματικές πληροφορίες Additional or any other relevant information		

9	<b>ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΑΠΩΛΕΙΩΝ</b> <b>FINANCIAL LOSS HISTORY</b>	
<p>Έχει υπάρξει ποτέ ο ασφαλιζόμενος ή οποιοσδήποτε συνέταιρος, συνεργάτης, διευθυντής ή υπάλληλος υποκείμενό πειθαρχικής έρευνας ή του έχει επιβληθεί κάποια πειθαρχική ή άλλη ποινή;</p> <p>Has the insured or any of their partner, associate, director or employee ever been the subject of a disciplinary investigation, any disciplinary action or other charge?</p>	<b>ΝΑΙ/YES</b>	<b>ΟΧΙ/NO</b>
<p>Γνωρίζετε οποιαδήποτε περίπτωση ή γεγονός που μπορεί να καταλήξει σε τέτοια απαίτηση;</p> <p>Do you know of any case or event that may result in such a claim?</p>	<b>ΝΑΙ/YES</b>	<b>ΟΧΙ/NO</b>
<p>Έχουν υπάρξει ή εκκρεμούν απαιτήσεις εναντίον του ασφαλιζομένου, προηγούμενων ή υφιστάμενων συνεταίρων, συνεργατών, διευθυντών ή υπάλληλων του σχετικά με πραγματική ή επικαλούμενη παράβαση επαγγελματικού καθήκοντος, δόλια ή παράνομη πράξη;</p> <p>Have there been or are there currently any pending claims against the insured, their former or current partners, associates, directors or employees for proven or alleged breach of professional duty, fraudulent or illegal practice?</p>	<b>ΝΑΙ/YES</b>	<b>ΟΧΙ/NO</b>
<p>Αν ΝΑΙ, Είδος απαίτησης</p> <p>If YES, please state the Type of claim</p>		
<p>Συμπληρωματικές πληροφορίες</p> <p>Additional or any other relevant information</p>		

Δηλώνω/Δηλώνουμε ότι όλα όσα αναφέρονται στην παρούσα πρόταση είναι ακριβή και ότι δεν έχω/έχουμε παραποιήσει ούτε αποκρύψει κανένα ουσιαστικό στοιχείο. Συμφωνώ/Συμφωνούμε η πρόταση αυτή, μαζί με κάθε άλλη πληροφορία που παρέχουμε, να αποτελέσει τη βάση οποιασδήποτε σύμβασης ασφάλισης συναφθεί επ' αυτών. Δεσμεύομαι/Δεσμευόμαστε να ενημερώσουμε τους Ασφαλιστές για κάθε ουσιαστική αλλαγή αυτών των στοιχείων πριν, κατά τη διάρκεια ή μετά τη σύναψη της σύμβασης ασφάλισης.

I/We declare that the statements and particulars in this proposal are true and that I/We have not mis-stated or suppressed any material facts. I/We agree that this proposal, together with any other information supplied by me/us shall form the basis of any contract of insurance effected thereon. I/We undertake to inform insurers of any material alterations to these facts occurring before/ During/after completion of the contract of insurance.

Ημερομηνία Date \_\_\_\_\_

Υπογραφή Συμβαλλόμενου Contracting Signature	
---	--

Υπογραφή Ασφαλισμένου Insured Signature	
--	--

Στοιχεία και Υπογραφή Ασφαλιστικού Διαμεσολαβητή έχοντος σύμβαση συνεργασίας με την Karavias Intermediary Signature	Επωνυμία ή Ονοματεπώνυμο:  Κωδικός: Αρ. ΕΕΑ <span style="float: right;">Υπογραφή:</span>
---	---

Στοιχεία και Υπογραφή Ασφαλιστικού Διαμεσολαβητή έχοντος την άμεση επικοινωνία με τον καταναλωτή Intermediary Signature	Επωνυμία ή Ονοματεπώνυμο:  Υποκωδικός: Αρ. ΕΕΑ <span style="float: right;">Υπογραφή:</span>
---	--

## Πληροφοριακό Έντυπο υποχρεωτικό εκ του Ν. 4583/2018

Η εταιρεία με την επωνυμία «ΚΑΡΑΒΙΑΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΙ ΠΡΑΚΤΟΡΕΣ ΜΟΝ. ΙΚΕ», εφεξής «ΚΥΑ», παρέχει υπηρεσίες Ασφαλιστικού Πράκτορα, οι οποίες συνίστανται στην άσκηση της δραστηριότητας διανομής ασφαλιστικών προϊόντων, στο όνομα και για λογαριασμό μιας ή περισσότερων ασφαλιστικών επιχειρήσεων, με τις οποίες η ΚΥΑ συνεργάζεται.

ΕΠΩΝΥΜΙΑ	ΚΑΡΑΒΙΑΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΙ ΠΡΑΚΤΟΡΕΣ ΜΟΝ. ΙΚΕ
ΑΡΙΘΜΟΣ ΓΕΜΗ	148848003000
ΑΦΜ / ΔΟΥ	801090210 / Α ΑΘΗΝΩΝ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ	Ευριπίδου 12, 105 59 Αθήνα
ΑΡΙΘΜΟΣ ΓΕΝΙΚΟΥ ΜΗΤΡΩΟΥ	376483
ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΔΙΚΟΥ ΜΗΤΡΩΟΥ	6071
ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΟΣ ΣΥΝΔΕΣΜΟΣ ΕΝΙΑΙΟΥ ΣΗΜΕΙΟΥ ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗΣ (παρ. 10, άρθρο 19, Ν. 4583/2018) <a href="http://insuranceregistry.uhc.gr/Search">http://insuranceregistry.uhc.gr/Search</a>	Μπορείτε να αναζητήσετε πληροφόρηση για την ΚΥΑ εισάγοντας οποιοδήποτε εκ των τριών στοιχείων που ζητούνται από το σύστημα (είτε το ΑΦΜ, είτε τον αριθμό ΓΕΜΗ, είτε την επωνυμία), τα οποία παρατίθενται στο παρόν Έντυπο
Στοιχεία Επικοινωνίας	Τηλέφωνο: + 30 210 3640618
	Φαξ: + 30 210 3643503
	E-mail: <a href="mailto:info@gkaravias.gr">info@gkaravias.gr</a>
	Web: <a href="http://www.gkaravias.gr">www.gkaravias.gr</a>

## Πολιτική Διαχείρισης Αιτιάσεων - Παραπόνων της ΚΥΑ

Για τη διαχείριση Παραπόνων-Αιτιάσεων η ΚΥΑ εφαρμόζει Πολιτική Διαχείρισης Αιτιάσεων, την οποία μπορείτε να βρείτε αναρτημένη στο site [www.gkaravias.gr](http://www.gkaravias.gr)

*Ως «αιτίαση» νοείται η έγγραφη δήλωση δυσαρέσκειας, που απευθύνεται σε ασφαλιστικό διαμεσολαβητή από πρόσωπο που γίνεται αποδέκτης των υπηρεσιών του ασφαλιστικού διαμεσολαβητή. Στις αιτιάσεις δεν περιλαμβάνονται αναγγελίες απαιτήσεων ή αιτήσεις αποζημίωσης ούτε απλά αιτήματα που σχετίζονται με την εκτέλεση του ασφαλιστηρίου συμβολαίου και την παροχή πληροφοριών ή διευκρινίσεων*

**Η ΚΥΑ υποχρεούται να απαντάει εγγράφως και αιτιολογημένα στον αιτώμενο εντός προθεσμίας πενήντα (50) ημερολογιακών ημερών από την ημερομηνία υποβολής της αιτίασης ως εξής:**

**Μέσω e-mail: [complaints@gkaravias.gr](mailto:complaints@gkaravias.gr) /Μέσω τηλεφώνου: + 30 210 3640618 (Δευτέρα έως Παρασκευή: 9 πμ έως 5μμ)**

**Μέσω fax.: + 30 210 3643503 /Ταχυδρομικώς, με συστημένη επιστολή, υπόψη: Υπευθύνου Διαχείρισης Παραπόνων ΚΥΑ, Ευριπίδου 12, 105 59 Αθήνα**

Σας ενημερώνουμε ότι η ενεργοποίηση του μηχανισμού εξέτασης παραπόνων - αιτιάσεων δεν διακόπτει την παραγραφή των τυχόν έννομων αξιώσεων.

Σε περίπτωση που δεν επιτευχθεί μια αμοιβαίως αποδεκτή λύση μπορείτε να απευθυνθείτε εντός των προβλεπόμενων προθεσμιών, για την εξωδικαστική επίλυση της αιτιάσής σας σε μια από τις παρακάτω αρμόδιες Αρχές (ή και περισσότερες της μιας): στην Γενική Γραμματεία Καταναλωτή <https://www.efpolis.gr/>

**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 το τμήμα αίτησης ασφάλισης “Ενημέρωση για την Επεξεργασία των Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα” που προηγήθηκε.

[https://gkaravias.gr/wp-content/uploads/2025/10/Non-Binder-GDPR\\_PROP\\_Bilingual\\_ike\\_v5.pdf](https://gkaravias.gr/wp-content/uploads/2025/10/Non-Binder-GDPR_PROP_Bilingual_ike_v5.pdf)

2. Ενημερώθηκα για την επεξεργασία των Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα , που πραγματοποιεί η Karavias Underwriting Agency 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 δικαιώματα 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:

A) 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.

B) 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 .....

**ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΝΑΙΝΕΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΤΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ ΓΙΑ  
ΕΜΠΟΡΙΚΟΥΣ / ΠΡΩΘΗΤΙΚΟΥΣ / ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΥΣ ΣΚΟΠΟΥΣ**

Ως Συμβαλλόμενος ή Ασφαλιζόμενος, δηλώνω ότι:

1. Διάβασα το τμήμα αίτησης ασφάλισης “Ενημέρωση για την Επεξεργασία των Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα” που ακολουθεί.  
[https://gkaravias.gr/wp-content/uploads/2025/10/Non-Binder-GDPR\\_PROP\\_Bilingual\\_ike\\_v5.pdf](https://gkaravias.gr/wp-content/uploads/2025/10/Non-Binder-GDPR_PROP_Bilingual_ike_v5.pdf)
2. Ενημερώθηκα για την επεξεργασία των Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα, που πραγματοποιεί η Karavias Underwriting Agency 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 δια 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 την επεξεργασία των Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα που περιλαμβάνονται στην αίτηση αυτή για εμπορικούς, προωθητικούς και ερευνητικούς σκοπούς, καθώς και για την τήρηση σχετικού αρχείου.

<b>ΣΥΝΑΙΝΩ</b>	
<b>ΔΕΝ ΣΥΝΑΙΝΩ</b>	

Όνοματεπώνυμο .....

Υπογραφή .....

## CONSENT DECLARATION FOR THE PROCESSING OF PERSONAL DATA/INFORMATION

(The signing of this declaration is necessary for the issuance and operation of the insurance policy) As a

Contractor/contracting party or Insured, I hereby declare that:

1. I read the insurance application section "Update for the Processing of Personal Data" that follows. [https://gkaravias.gr/wp-content/uploads/2025/10/Non-Binder-GDPR\\_PROP\\_Bilingual\\_ike\\_v5.pdf](https://gkaravias.gr/wp-content/uploads/2025/10/Non-Binder-GDPR_PROP_Bilingual_ike_v5.pdf)

2. I have been informed of the processing of the Personal Data provided by Karavias Underwriting Agency and of the rights I have and retain as a data subject (ie access, correction, deletion, purpose limitation, portability and objection). Also for/as per my right to withdraw at any time in the future the consent I grant through this statement as well as for my rights referred to in Articles 12-22 of the General Data Protection Regulation "

3. I provide my express consent (Article 7 of EU Regulation 2016/679) to the above company for/as per the following:

A) For the processing of the Personal Data included in this insurance application, as well as for anyone else who comes to the knowledge of the company in the future and are related to the insurance contract I am applying for, as well as to its operation.

B) For the keeping/retention of files with 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 I am applying for and that any revocation in the future will give the company the right to terminate the insurance policy issued under it, with immediate effect.

Full Name \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_

**DECLARATION OF CONSENT FOR THE PROCESSING OF THE PERSONAL DATA FOR COMMERCIAL / PROMOTIONAL / RESEARCH PURPOSES.**

As a Contractor/contracting party or Insured, I declare that:

- 1. I read the insurance application section "Update for the Processing of Personal Data" that follows. [https://gkaravias.gr/wp-content/uploads/2025/10/Non-Binder-GDPR\\_PROP\\_Bilingual\\_ike\\_v5.pdf](https://gkaravias.gr/wp-content/uploads/2025/10/Non-Binder-GDPR_PROP_Bilingual_ike_v5.pdf)
- 2. I have been informed of the processing of the Personal Data provided by Karavias Underwriting Agency and of the rights I have and do retain as a data subject (ie, access, correction, deletion, purpose limitation, portability and objection). Also for/as per my right to withdraw at any time in the future the consent I grant through this statement as well as for my rights referred to in Articles 12-22 of the "General Data Protection Regulation".
- 3. I provide my express consent (Article 7 of EU Regulation 2016/679) to the above Company for the processing of Personal Data included in this application for commercial, promotional and research purposes, as well as for the keeping of a relevant file.

<b>I HEREBY CONSENT</b>	
<b>I HEREBY DO NOT CONSENT</b>	

Full Name \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_