GENERAL COVER
INSURANCE BROKERS

Charterer's Liability Questionnaire

Name of Assured .

Address of Assured

City State/Province Zip/Postal Code

Country

Phone Number Fax Number

Email

Address(es) of subsidiaries

1. a) Number of years in chartering business

b) How many staff work for your company in shipping?

2. Please provide full loss record for at least the last 5 years including the current year as charterers whilst acting in this trade and/or other chartering activities:

Date of Loss	Amount of loss before application on any deductible	Status of loss (i.e. if paid or reserved)	Brief Description of Circumstances Surrounding Loss

3. Details of vessels taken on charter during the last 12 months:

Type / Class	Age / GRT	Flag

4. Details of vessels anticipated taken on charter during the next 12 months:

Name/Type / Class	Age / GRT	Flag

5. Number of vessels anticipated over the next 12 months:

On Voyage Charter Party
On Round Voyage Charter Party
On Time Charter Party

6. Describe the principal trading areas and/or voyage routes, with estimated duration of voyages:

Principal trading areas / voyage routes	Estimated duration of voyages

7. Please provide the following information regarding the cargo to be carried:

Type of Cargo	Bulk / Bagged / Containerised / Other	Full or Space Charter?	If Space, what %?	Cargo Owner or Third Party?	Ship's or Charterer's Bill of Lading

8. Who is responsible for employing Stevedores and loading and/or discharging under the terms of the Charter Parties?

9. What types of Charter Parties are used (please provide examples)?

Are any sub-charters involved? If yes, please supply copies of the agreements.

10. Will charterers have any benefit under:

a. Shipowners' Hull and Machinery insurance?

b. Shipowners' Protection and Indemnity entry?

11. Types of Bills of Lading Used **Blank Owners Bs/L: %** **Own Bs/L (with Charterers logo/address on its face: %**

Percentage of total Volume

12. Limit of Liability Required

13. Limit of Self-Retention to be carried

14. Please provide name of current Protection & Indemnity and Charterers Liability Insuers

15. Please provide any other details of operation that may be relevant

Συγκατάθεση για τη χρήση πληροφοριών

Η General Cover insurance Brokers θα χρησιμοποιήσει τις πληροφορίες που παρέχονται στο παρόν για τη διαχείριση του ασφαλιστηρίου συμβολαίου, συμπεριλαμβανομένων των αναδοχών και των απαιτήσεων
Χειρισμός, ή Αντιμετώπιση. Αυτό μπορεί να περιλαμβάνει τη γνωστοποίησή του σε άλλους ασφαλιστές, ρυθμιστικές αρχές ή στους πράκτορες του ασφαλιστή για λογαριασμό τους.
Ο ασφαλιστής μπορεί να παράσχει, κατόπιν αιτήματος, περισσότερες λεπτομέρειες μέσω των βάσεων δεδομένων στις οποίες έχει πρόσβαση ή συνεισφέρει .

Δήλωση

Ο κάτωθι υπογεγραμμένος επιβεβαιώνω ότι είμαι δεόντως εξουσιοδοτημένος και δίνω συγκατάθεση για τη χρήση των πληροφοριών όπως ορίζεται ανωτέρω .
Επίσης δηλώνω ότι είμαι εξουσιοδοτημένος να ολοκληρώσω αυτήν την πρόταση εξ ονόματος του προτείνοντος. Αναλαμβάνω να ενημερώσω τον ασφαλιστή για οποιασδήποτε ουσιώδη τροποποίηση ή προσθήκη σε αυτές τις δηλώσεις ή στοιχεία που εμφανίζονται πριν από την έναρξη της περιόδου ασφάλισης. Αναγνωρίζεται και συμφωνείται ότι οι όροι υπόκεινται σε περιορισμούς και οι εξαιρέσεις από την πολιτική ενδέχεται να υποστούν αλλαγές οποιαδήποτε στιγμή πριν από την έναρξη της περιόδου ασφάλισης αν θα πρέπει να προκύψουν τέτοιες υλικές τροποποιήσεις ή προσθήκες. Η υπογραφή αυτής της πρότασης δεν δεσμεύει τον ασφαλιστή να δώσει προσφορά, ούτε ο αιτών να δεχθεί την ασφάλιση.

Υπογραφή *

Ονομα

Θέση της εταιρείας

Ημερομηνία

* ο υπογράφων θα πρέπει να είναι διευθυντής ή ανώτερος υπάλληλος της εταιρείας ή ο ασφαλιζόμενος