



ΕΝΤΟΛΗ ΑΚΥΡΩΣΗΣ ΣΥΜΒΟΛΑΙΟΥ – CANCELLATION FORM

ΑΡ. ΣΥΜΒΟΛΑΙΟΥ / POLICY NO. _____

ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΣ / POLICY HOLDER: _____

ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΣ / INSURED PERSON: _____

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΑΚΥΡΩΣΗΣ / DATE OF CANCELLATION: _____

ΛΟΓΟΙ ΑΚΥΡΩΣΗΣ / CANCELLATION REASON:

Ο ασφαλισμένος/η αποχώρησε από την εργασία του και έχει πάψει να είναι υπάλληλος μου
The Insured has stopped working for me and he/she is no longer my employee

Ο ασφαλισμένος/η αποχώρησε από την Κύπρο
The Insured has left Cyprus

Άλλοι / Other: _____

Υπεύθυνη Δήλωση

Με την εντολή αυτή ζητώ από την Ασφαλιστική Εταιρεία να ακυρώσει το πιο πάνω Συμβόλαιο και δηλώνω ότι απ'ότι καλύτερα γνωρίζω και πιστεύω οτιδήποτε αναφέρεται στην Εντολή αυτή είναι απόλυτα αληθές και έγινε από εμένα ή από εξουσιοδοτημένο από εμένα πρόσωπο και δεν έχω αποκρύψει, παραποιήσει ή παραστήσει με ανακρίβεια οποιοδήποτε γεγονός.

Declaration

With this cancellation form I request from the Insurance Company to cancel the above Insurance policy and I hereby declare that to the best of my knowledge and belief whatever is stated in this Cancellation Form was stated by me or by a person authorised by me and is absolutely true, and I have not concealed, distorted or misrepresented any fact.

Υπογραφή Συμβαλλομένου ή Εξουσιοδοτημένου Προσώπου
Policy Holder's or Authorised Person's Signature

Όνομα ολογράφως / Full Name

Αρ. Ταυτότητας / Identity Number

Ημερομηνία / Date

ΓΙΑ ΧΡΗΣΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΜΟΝΟ/ FOR OFFICE USE ONLY			
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ:		ΕΠΙΣΤΡΟΦΗ ΠΙΣΤΟΠΟΙΗΤΙΚΟΥ	ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>
ΠΑΡΑΛΑΒΗ ΑΠΟ:			
ΑΛΛΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ:			