

ΔΗΛΩΣΗ ΑΠΩΛΕΙΑΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗΣ ΣΥΜΒΑΣΗΣ
DECLARATION OF LOSS OF INSURANCE POLICY

Αριθμός Ασφαλιστικής Σύμβασης

Insurance Policy Number: _____

Όνομα Ιδιοκτήτη

Policyholder's Name: _____

Όνομα Ασφαλισμένου:

Insured's Name: _____

Διεύθυνση Ιδιοκτήτη:

Policyholder's Address: _____

Αριθμός Ταυτότητας ή Διαβατηρίου Ιδιοκτήτη:

Policyholder's Identity Card or Passport Number: _____

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ
DECLARATION

Με την παρούσα δήλωσή μου βεβαιώνω ότι απώλεσα την υπ' αριθμ. _____
Ασφαλιστική Σύμβαση που εκδόθηκε επί της ζωής μου ή του πιο πάνω ασφαλισμένου
στις _____.

I hereby declare that I have lost my Insurance Policy no. _____ issued on my life / the life of
_____ on the _____.

Θεωρώ ότι αυτή είναι άκυρη και χωρίς οποιαδήποτε ισχύ και αναλαμβάνω την
υποχρέωση να την παραδώσω στην Εταιρεία μόλις ανευρεθεί.

I consider this Insurance Policy to be void and without any validity and I undertake the
responsibility to deliver it to the Company if it is found.

Δηλώνω επίσης ότι ουδέποτε εκχώρησα ή ενεχυρίασα την εν λόγω απολεσθείσα
Ασφαλιστική Σύμβαση.

I also declare that I have never assigned or used the above - mentioned Insurance Policy as
collateral.

ΟΙ ΜΑΡΤΥΡΕΣ / WITNESSES

1. Υπογραφή

Signature _____

Όνομα

Name _____

Διεύθυνση

Address _____

2. Υπογραφή

Signature _____

Όνομα

Name _____

Διεύθυνση

Address _____

Ο ΙΔΙΟΚΤΗΤΗΣ / THE POLICYHOLDER

Τόπος και Ημερομηνία: _____

Υπογραφή: _____

Υπογραφή: _____