

ΔΗΛΩΣΗ ΑΠΩΛΕΙΑΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗΣ ΣΥΜΒΑΣΗΣ

Αριθμός Ασφαλιστικής Σύμβασης: _____

Όνομα Ιδιοκτήτη: _____

Όνομα Ασφαλισμένου: _____

Διεύθυνση Ιδιοκτήτη: _____

Αριθμός Ταυτότητας ή Διαβατηρίου Ιδιοκτήτη: _____

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

Με την παρούσα δήλωσή μου βεβαιώνω ότι απώλεσα την υπ' αριθμό _____

Ασφαλιστική Σύμβαση που εκδόθηκε επί της ζωής μου ή του πιο πάνω ασφαλισμένου

στις / /

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

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

ΟΙ ΜΑΡΤΥΡΕΣ

1 Υπογραφή _____

Όνομα _____

Διεύθυνση _____

2 Υπογραφή _____

Όνομα _____

Διεύθυνση _____

Τόπος και Ημερομηνία: _____

Ο ΙΔΙΟΚΤΗΤΗΣ

Υπογραφή