

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 δήλωση μου βεβαιώ ότι απώλεσα την υπ'αριθμό
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 Τούτη είναι άκυρη και χωρίς οποιανδήποτε 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

Ο ΙΔΙΟΚΤΗΤΗΣ
THE POLICYHOLDER

1. Υπογραφή
Signature
Όνομα
Name
Διεύθυνση
Address

.....

2. Υπογραφή
Signature
Όνομα
Name
Διεύθυνση
Address

Τόπος και Ημερομηνία :
Place and Date :