



ΕΝΤΥΠΟ ΓΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΑ ΑΠΟ 15.000 ΕΥΡΩ ΚΑΙ ΑΝΩ (ΕΤΗΣΙΑ Ή ΕΦΑΠΑΞ)

ΑΡ. ΑΙΤΗΣΗΣ /  
APPLICATION NO.....

ΑΡ. ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΟΥ /  
POLICY NO.....

**1. Στοιχεία Εργοδότη του Προτεινόμενου για Ασφάλιση /  
Proposed Insured's Employer Details**

Εργοδότης/  
Employer..... Φύση Εργασιών/  
Line of Business .....

Διεύθυνση/  
Address..... Τ.Κ. /  
Zip Code ..... Πόλη/  
City/Village..... Τηλ./  
Tel.....

Χρόνια Εργασίας στον Εργοδότη αυτόν (εάν λιγότερα από 2 χρόνια συμπληρώστε επίσης και τη Παράγρ.2)  
No. of Years at above Employer (if less than 2 years please also fill in Section 2).....

**2. Στοιχεία Προηγούμενου Εργοδότη του Προτεινόμενου για Ασφάλιση/  
Proposed Insured's Previous Employer**

Εργοδότης/  
Employer..... Φύση Εργασιών/  
Line of Business .....

Διεύθυνση/  
Address..... Τ.Κ. /  
Zip Code ..... Πόλη/  
City/Village..... Τηλ./  
Tel.....

**3. Σημειώστε την Προέλευση Ασφαλίστρου & επισυνάψτε αποδεικτικά στοιχεία  
Please state Origin of Premium & please attach evidence**

Από άλλο Συμβόλαιο/ Product of another Policy	Ανάληψη από Τράπεζα/ Withdrawal from a bank	Άλλες Πηγές/παρακαλώ να προσδιορίσετε Other Sources- please specify

**4. Δώστε λεπτομέρειες για συμβόλαια με άλλες εταιρείες (εάν το ασφάλιστρο είναι άνω των 15.000 ευρώ)/  
Give details of insurance contracts with other companies (if premium is over 15.000 euro):**

Ασφαλιστική Εταιρεία/ Insurance Company	Είδος Ασφάλισης/ Type of Insurance	Ετήσιο ή Εφάπαξ Ασφάλιστρο/ Annual or LumpSum Premium

**5. Να επισυναφθούν αντίγραφα των πιο κάτω εντύπων /  
Please attach copies of the following documents:**

- Ταυτότητα, Διαβατήριο, Πιστοποιητικό Μετόχων / I.D. Card, Passport, Shareholders' Certificate
- Δελτίο Αποδοχών / Pay Slip
- Λογαριασμό Οργανισμού Κοινής Ωφελείας / Utility Bill

**Επιπλέον εάν το Εφάπαξ ασφάλιστρο είναι άνω των 100.000 ευρώ / If Lumpsum is over 100.000 euro**

- Έντυπο UND54 / Form UND54
- Λογαριασμοί Εταιρείας (εάν η εταιρεία θα είναι αντισυμβαλλόμενη) – Company's Accounts

**Η Εταιρεία διατηρεί το δικαίωμα να ζητήσει επιπλέον στοιχεία εάν κριθεί απαραίτητο /  
The company may seek additional documents if deemed necessary**

Βεβαιώνω υπεύθυνα ότι όλες οι δηλώσεις και απαντήσεις στις παραπάνω ερωτήσεις είναι πλήρεις και αληθινές και συμφωνώ να αποτελούν μέρος της αίτησης μου για ασφάλιση που έγινε με την Εταιρεία./  
I declare that all answers I have given to the Questionnaire above, to the best of my knowledge are true and I agree that this form will constitute a part of my application for Insurance.

**6. Υπογραφές/Signatures**

.....  
Ημερομηνία  
Date

.....  
Υπογραφή Προτεινόμενου  
Proposed Insured's Signature

.....  
Υπογραφή Ασφαλιστικού Συμβούλου  
Insurance Advisor's Signature