

ΔΗΛΩΣΗ ΑΚΥΡΩΣΗΣ ΣΥΜΒΟΛΑΙΟΥ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΕΥΘΥΝΗΣ ΕΡΓΟΔΟΤΗ ΓΙΑ ΑΛΛΟΔΑΠΟ ΕΡΓΟΔΟΤΟΥΜΕΝΟ
POLICY CANCELLATION FORM EMPLOYER'S LIABILITY FOR FOREIGN EMPLOYEE INSURANCE

Ασφαλιστική Εταιρεία

Insurance Company

Αρ. Συμβολαίου

Policy Number

Ημερομηνία Έναρξης

Starting Date

Ημερομηνία Λήξης

Expiration Date

Όνοματεπώνυμο Εργοδότη

Name of the Employer

Επάγγελμα

Occupation

Αρ. Ταυτότητας Εργοδότη

Employer's ID Number

Αρ. Εγγραφής Εταιρείας

Company Registration Number

Με τη δήλωση αυτή ζητώ από την Ασφαλιστική Εταιρεία να ακυρώσει την ασφαλιστική κάλυψη του πιο πάνω αλλοδαπού
With this declaration I hereby ask the Insurance Company to cancel the insurance cover of the above mentioned employee
Λόγοι Ακύρωσης Συμβολαίου/ Reasons for Cancellation

Η Ασφάλιση Ευθύνης Εργοδότη είναι υποχρεωτική από την Κυπριακή Νομοθεσία.

Employer's Liability insurance is required by law in Cyprus.

Όνομα, Αρ. Ταυτότητας & Υπογραφή Κατόχου Ασφαλιστηρίου

Name, ID No. & Signature of Policyholder

Όνομα, Αρ. Ταυτότητας & Υπογραφή Εξουσιοδοτημένου ατόμου

Name, ID No. & Signature of Authorized Person

Ημερομηνία Ακύρωσης

Date of Cancellation