

**ΔΗΛΩΣΗ ΑΚΥΡΩΣΗΣ ΣΥΜΒΟΛΑΙΟΥ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΕΥΘΥΝΗΣ ΕΡΓΟΔΟΤΗ ΓΙΑ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΙΣ
POLICY CANCELLATION FORM EMPLOYER'S LIABILITY FOR BUSINESS**

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. Εγγραφής Εταιρείας

Company Registration Number.....

Αρ. Εργοδοτούμενων

Number of Employees

Με τη δήλωση αυτή ζητώ από την Ασφαλιστική Εταιρεία να ακυρώσει το πιο πάνω ασφαλιστικό συμβόλαιο

With this declaration I hereby ask the Insurance Company to cancel the above mentioned policy

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 (Για εταιρείες απαιτείται σφραγίδα)

Name, ID No. & Signature of Policyholder (Company seal is required)

Όνομα, Αρ. Ταυτότητας & Υπογραφή Εξουσιοδοτημένου Ατόμου

Name, ID No. & Signature of Authorized Person

Ημερομηνία Ακύρωσης

Date of Cancellation