

ΑΙΤΗΣΗ ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΟΥ ΕΥΘΥΝΗΣ ΕΡΓΟΔΟΤΗ | EMPLOYERS LIABILITY POLICY MODIFICATION FORM

Όνοματεπώνυμο Συμβαλλόμενου / Επωνυμία Εταιρείας | *Policyholder's Full Name / Company's Name:* _____

Αρ. Συμβολαίου | *Policy No.:* _____

Αριθμός Ταυτότητας ή Διαβατηρίου ή Εγγραφής | *ID or Passport or Company's Reg. Number:* _____

Παρακαλούμε επιλέξτε με (✓) την/τις αλλαγή/ές που επιθυμείτε | *Please choose with a (✓) the appropriate changes:*

1. Αλλαγή Διεύθυνσης Αλληλογραφίας | *Change of Postal Address*

Νέα Διεύθυνση | *New Address:* _____ Tax. Κωδ. | *Postal Code:* _____

Πόλη/Χωριό | *Town/Village:* _____ Επαρχία | *District:* _____

2. Ακύρωση Συμβολαίου | *Policy Cancellation*

Λόγος Ακύρωσης | *Cancellation Reason:* _____

3. Έκδοση Αντίγραφου Ασφαλιστηρίου | *Issue of Policy Copy*

Λόγος | *Reason:* _____

4. Πρόσθεση Εργοδοτούμενων | *Addition of Employees:*

Αρ. Εργοδοτούμενων <i>No. of Employees:</i>	Περιγραφή Εργασίας Εργοδοτούμενων <i>Description of Duties</i>	Ολικό Ποσό Ακαθάριστων Απολαβών <i>Total Gross Annual Salaries</i>

5. Αλλαγή Αριθμού Εργοδοτούμενων, Καθηκόντων και Απολαβών | *Change in Number, Duties and Salary of Employees:*

Αρ. Εργοδοτούμενων <i>No. of Employees:</i>	Περιγραφή Εργασίας Εργοδοτούμενων <i>Description of Duties</i>	Ολικό Ποσό Ακαθάριστων Απολαβών <i>Total Gross Annual Salaries</i>

6. Άλλες Τροποποιήσεις | *Other Modifications*

Ημερομηνία | *Date:* _____ Υπογραφή Συμβαλλόμενου | *Policyholder's Signature:* _____

Κωδικός και Υπογραφή Ασφ. Διαμεσολαβητή | *Insurance Intermediary Code and Signature:* _____