

## ΕΝΤΥΠΟ ΔΗΛΩΣΗΣ ΑΚΑΘΑΡΙΣΤΩΝ ΑΠΟΛΑΒΩΝ ΕΡΓΟΔΟΤΟΥΜΕΝΩΝ

Όνομα Ασφαλισμένου:

Αριθμός Ασφαλιστηρίου:

Περίοδος Ασφάλισης: Από

Μέχρι

**ΣΑΣ ΥΠΕΝΘΥΜΙΖΟΥΜΕ ΟΤΙ ΣΥΜΦΩΝΑ ΜΕ ΤΟΥΣ ΟΡΟΥΣ ΤΟΥ ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΟΥ ΣΑΣ ΚΑΙ ΤΗ ΣΧΕΤΙΚΗ ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ ΕΧΕΤΕ ΥΠΟΧΡΕΩΣΗ ΝΑ ΕΦΟΔΙΑΖΕΤΕ ΤΗΝ ΕΤΑΙΡΙΑ, ΜΕΣΑ ΣΕ ΕΝΑ ΜΗΝΑ ΑΠΟ ΤΗ ΛΗΞΗ ΚΑΘΕ ΠΕΡΙΟΔΟΥ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ Ή ΑΠΟ ΤΟΝ ΤΕΡΜΑΤΙΣΜΟ ΤΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗΣ ΣΥΜΒΑΣΗΣ, ΜΕ ΟΡΘΟ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟ ΟΛΩΝ ΤΩΝ ΑΚΑΘΑΡΙΣΤΩΝ ΑΠΟΛΑΒΩΝ ΠΟΥ ΚΑΤΑΒΛΗΘΗΚΑΝ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΕΤΟΙΑΣ ΠΕΡΙΟΔΟΥ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ.**

### **ΔΗΛΩΣΗ ΑΚΑΘΑΡΙΣΤΩΝ ΑΠΟΛΑΒΩΝ**

Η δήλωση αυτή πρέπει να περιλαμβάνει τις ολικές ακαθάριστες απολαβές όλων των εργοδοτούμενων που καλύπτονται από τους όρους του ασφαλιστηρίου που αναφέρεται πιο πάνω. Ο όρος «ακαθάριστες απολαβές» σημαίνει το σύνολο των ημερομισθίων, μισθών, πληρωμών για υπερωριακή εργασία, προμηθειών, ωφελημάτων, χρεώσεων για παροχή υπηρεσιών, φιλοδωρημάτων και άλλων πληρωμών, χωρίς οποιαδήποτε αποκοπή σε σχέση με κοινωνικές ασφαλίσεις, φόρο εισοδήματος, ταμείο προνοίας ή υγείας ή άλλο ποσό που αποκόπτεται κατόπιν συμφωνίας με τους εργοδοτούμενους ή άλλως πως.

<b>Ο πιο κάτω πίνακας θα πρέπει να συμπληρωθεί από τον ασφαλισμένο και αφορά την πιο πάνω περίοδο ασφάλισης</b>				
			ΓΙΑ ΧΡΗΣΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΤΑΙΡΙΑ ΜΟΝΟ	
Περιγραφή εργασίας εργοδοτούμενων κατά κατηγορία καθηκόντων	Αριθμός εργοδοτούμενων	Ολικό ποσό ακαθάριστων απολαβών €	Ποσοστό Ασφαλιστρού %	Ασφάλιστρο €
			<b>Συνολικό Ασφάλιστρο</b>	€

Δηλώνω / Δηλώνουμε ότι η κατάσταση των ακαθάριστων απολαβών που περιλαμβάνεται στον πιο πάνω πίνακα για την περίοδο ασφάλισης που καθορίζεται, υποβάλλεται από εμένα / εμάς σύμφωνα με τους όρους του ασφαλιστηρίου μου / μας. Εγγυούμαι / Εγγυούμαστε ότι η κατάσταση αυτή είναι αληθής και ορθή και ότι περιλαμβάνει το ολικό ποσό των ακαθάριστων απολαβών που καταβλήθηκαν, όπως αυτές ορίζονται πιο πάνω.

Υπογραφή Ασφαλισμένου

.....

Ημερομηνία

.....