


 Προς
 την CROMAR

 Σε προσοχή Κας Σ. Ρούγα
 E-mail : sofia.rouga@cromar.gr

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΔΙΑΜΕΣΟΛΑΒΗΤΗ

- Κωδικός Διαμεσολαβητή συνεργαζόμενος με την Cromar Insurance Brokers S.A.:
- Υφίσταται Διαμεσολαβητής που ήρθε σε άμεση επαφή με τον Λήπτη της Ασφάλισης;
ΝΑΙ **ΟΧΙ**
- Αν ΝΑΙ, συμπληρώστε τα στοιχεία του Διαμεσολαβητή που ήρθε σε άμεση επαφή με τον Λήπτη της Ασφάλισης:
 Ονοματεπώνυμο:
 Α.Φ.Μ.: Αρ. Ειδ. Μητρώου:

ΕΝΤΟΛΗ ΑΝΑΝΕΩΣΗΣ

Ο κάτωθι υπογεγραμμένος και ασφαλιζόμενος αιτούμαι την ανανέωση του/ων υπ' αριθ. και Ασφαλιστηρίου/ων Συμβολαίου/ων μου Επαγγελματικής Αστικής Ευθύνης Διαμεσολαβούντων το/α οποίο/α έληξε/αν ή λήγει/ουν την

Προκειμένου για την ανανέωση, σας γνωρίζω τα κάτωθι στοιχεία :

- 1. Πρόβλεψη ετησίων αμοιβών (προμήθειες) για τη νέα χρήση :**
 α. Ασφαλιστικός Μεσίτης/Πράκτορας:
 β. Συντονιστής Ασφαλιστικών Πρακτόρων:
- 2. Ενημέρωση για πιθανή αλλαγή επαγγελματικής αδειας (αν π.χ. από ασφαλιστικός πράκτορας σε μεσίτη ή συντονιστή κλπ.)**
- 3. Επιμελητήριο στο οποίο ανήκετε:**
 α. Αριθμός Γενικού Μητρώου Επιμελητηρίου:
- 4. Αριθμός Ειδικού Μητρώου:**
 α. Μεσίτη Ασφαλίσεων/Ασφαλιστικού Πράκτορα:
 β. Συντονιστή Ασφαλιστικών Πρακτόρων:
- 5. Υπεύθυνη δήλωση του Ν. 1599 περί μη ζημίας.**
- 6. Επιβεβαίωση προσωπικών στοιχείων :**

Ασφαλιζόμενος	Δ/ση έδρας επιχείρησης (οδός, αριθμός, ΤΚ, πόλη)	Τηλέφωνο	Fax	E-mail

 Ημερομηνία:
 Ονοματεπώνυμο:
 Υπογραφή: