



ΕΝΩΣΗ
ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ
ΕΤΑΙΡΙΩΝ
ΕΛΛΑΔΟΣ

Αριθμ. Πρωτ.: 201003/554
Αριθμ. Φακ.: 016

ΕΓΚΥΚΛΙΟΣ ΑΡΙΘΜ. 22 537

Προς τις Ασφαλιστικές
Εταιρίες – Μέλη της Ε.Α.Ε.Ε.

ΚΛΑΔΟΣ ΑΥΤΟΚΙΝΗΤΟΥ

ΞΕΝΟΦΩΝΤΟΣ 10,
ΑΘΗΝΑ.
Τ.Κ. 105 57

Τ: (+30) 210 33 34 100
F: (+30) 210 33 34 149
E: info@eae.gr

www.eae.gr

Αθήνα, 31 Αυγούστου 2016

**Υπόψη
Γενικών Διευθυντών &
Υπευθύνων Κλάδου Αυτοκινήτου**

Κυρίες – Κύριοι,

ΣΥΜΦΩΝΙΑ ΑΜΕΣΟΥ ΔΙΑΚΑΝΟΝΙΣΜΟΥ ΖΗΜΙΩΝ ΑΝΑΝΕΩΣΗ ΕΓΓΡΑΦΗΣ – ΠΡΟΣΧΩΡΗΣΗ ΝΕΩΝ ΜΕΛΩΝ

Σας υπενθυμίζουμε ότι κατ' εφαρμογή των άρθρων 34 και 35 της Συμφωνίας για τον Άμεσο Διακανονισμό Ζημιών από τροχαίο ατύχημα τα Πιστοποιητικά και οι Βεβαιώσεις που απαιτούνται τόσο για την προσχώρηση για πρώτη φορά στο Σύστημα αποζημίωσης όσο και για την ανανέωση εγγραφής πρέπει να υποβληθούν το **αργότερο μέχρι τις 31/10/2016**, υπόψη της Διαχειριστικής Επιτροπής.

Η έγκριση προσχώρησης καθώς και της ανανέωσης ανήκει στη Διαχειριστική Επιτροπή η οποία αποφασίζει εντός μηνός με ενισχυμένη πλειοψηφία.

Οι ασφαλιστικές επιχειρήσεις που θα υποβάλουν αίτηση προσχώρησης για πρώτη φορά παρακαλούνται να δηλώσουν την πρόθεσή τους μέχρι **30/9/2016**.

Με εκτίμηση,

ΜΑΡΓΑΡΙΤΑ ΑΝΤΩΝΑΚΗ
Γενική Διευθύντρια

Συν.: ΑΙΤΗΣΗ ΠΡΟΣΧΩΡΗΣΗΣ / ΑΝΑΝΕΩΣΗΣ ΕΓΓΡΑΦΗΣ

/λσ

ΑΙΤΗΣΗ ΠΡΟΣΧΩΡΗΣΗΣ / ΑΝΑΝΕΩΣΗΣ ΕΓΓΡΑΦΗΣ

A. ΑΙΤΗΣΗ

1. Στοιχεία Ασφαλιστικής Επιχείρησης

Επωνυμία : _____

Διεύθυνση : _____

Ταχ. Κώδ. : _____ Πόλις : _____ Τηλ. : _____

Fax : _____ e-Mail : _____

Όνομα Υπευθύνου για την Συμφωνία : _____

Διεύθυνση : _____

Ταχ. Κώδ. : _____ Πόλις : _____ Τηλ. : _____

Fax : _____ e-Mail : _____

Όνομα Αναπληρωτή Υπευθύνου : _____

Διεύθυνση : _____

Ταχ. Κώδ. : _____ Πόλις : _____ Τηλ. : _____

Fax : _____ e-Mail : _____

2. α) Αριθμός Ασφαλιζόμενων Οχημάτων στις 31/12 προηγούμενου της αίτησης έτους : _____

β) Αριθμός Ασφαλιζόμενων Οχημάτων στις 30/09 τρέχοντος έτους : _____

3. Ασφάλιστρα Α.Ε. στις 31/12 προηγούμενου της αίτησης έτους : _____
(από πρωτασφαλίσες με δικαίωμα)

4. Συνημμένα Πιστοποιητικά και Βεβαιώσεις του άρθρου 34 της Συμφωνίας

α) Φορολογική ενημερότητα

β) Βεβαίωση μη οφειλής προς :

i) τα Ταμεία της Κοινωνικής Ασφάλισης

ii) το Τ.Ε.Α.Ι.Τ (ΣΤ' Δ/ση Επικουρικής Ασφάλισης)

iii) το Γραφείο Διεθνούς Ασφάλισης

iv) το Επικουρικό Κεφάλαιο κ.ν. 489/76

γ) Δήλωση αποστολής στοιχείων προς την Υ.Σ.Α.Ε.

5. Ημερομηνία αίτησης : _____

6. Όνομα αιτούντος : _____

Υπογραφή, Σφραγίδα

B. ΕΓΚΡΙΣΗ ΠΡΟΣΧΩΡΗΣΗΣ

ΝΑΙ ΟΧΙ

Ημερομηνία : _____

Υπογραφές

Πρόεδρος Γεν. Γραμματέας
Διαχειριστικής Επιτροπής

