

**ΥΔΡΟΓΕΙΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ (ΚΥΠΡΟΥ) ΛΤΔ**

Κεντρικά Γραφεία: Ydrogios House, Μεδούσης 2, 6059 Λάρνακα

Τ.Κ. 40378, 6303, Λάρνακα, Κύπρος

Τηλ. 24 200 800, Φαξ: 24 82 82 98

ydrogios@cytanet.com.cy www.ydrogios.com.cy

**ΕΝΤΥΠΟ ΔΗΛΩΣΗΣ ΑΚΑΘΑΡΙΣΤΩΝ ΑΠΟΛΑΒΩΝ ΕΡΓΟΔΟΤΟΥΜΕΝΩΝ  
DECLARATION OF EMPLOYEES GROSS EARNINGS**

Αριθμός Ασφαλιστηρίου / Policy Number:

Κωδ. Αντιπροσώπου  
Agent's CodeΌνομα Αντιπροσώπου  
Agent's Name

05/17

Όνομα Ασφαλισμένου / Insured Full Name: 

Σας υπενθυμίζουμε ότι σύμφωνα με τους όρους του Ασφαλιστηρίου σας και τη σχετική Νομοθεσία έχετε υποχρέωση:

- (α) να τηρείτε και να καταχωρείτε το όνομα κάθε εργοδοτούμενου μαζί με το ποσό των Ακαθάριστων Απολαβών σύμφωνα με τις διατάξεις του Νόμου  
(β) να επιτρέπετε στην Εταιρεία να επιθεωρεί σε οποιοδήποτε χρόνο τέτοιες καταχωρήσεις  
(γ) να εφοδιάσετε την Εταιρεία, μέσα σε ένα μήνα από τη λήξη κάθε Περιόδου Ασφάλισης ή από τον τερματισμό της ασφαλιστικής σύμβασης, με ορθό υπολογισμό όλων των Ακαθάριστων Απολαβών που καταβλήθηκαν κατά τη διάρκεια τέτοιων Περιόδου Ασφάλισης

We remind you that in accordance with the terms of your insurance policy as well as the relevant Legislation you have an obligation:

- a) To keep a record and enter the name of each employee along with the amount of gross earnings in accordance with the provisions of the Law;  
b) Allow the company to inspect at any given time any such registrations  
c) To provide the Company, within one month of the expiration of each insurance period or the termination of the insurance contract, by correct calculation of all gross earnings paid during such insurance period

**ΔΗΛΩΣΗ ΑΚΑΘΑΡΙΣΤΩΝ ΑΠΟΛΑΒΩΝ / DECLARATION OF GROSS EARNINGS**

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 Πρόνοιας ή Υγείας ή άλλα ποσά που αποκόπτονται κατόπιν συμφωνίας με τους εργοδοτούμενους ή άλλως πως.

This statement must include the total gross earnings of all employees covered by the Insurance Conditions mentioned above. The term "Gross Earnings" refers to the total wage, overtime payments, commissions, benefits, service charges, donations and other payments, without any deduction in respect of Social Insurance, Income Tax, Welfare or Health insurance or any other amounts which are cut off by agreement with the employees or otherwise.

**► Τα πιο κάτω στοιχεία αναφέρονται στους τελευταίους 12 μήνες πριν την ημερομηνία λήξης του συμβολαίου σας /  
The below stated data refers to the last 12 months prior the expiration date of your policy**

Αριθμός Εργοδοτούμενων Number of Employees	Περιγραφή εργασίας εργοδοτούμενων κατά κατηγορία καθηκόντων Employee description by job category	Ολικό Ποσό Ακαθάριστων Απολαβών Total Gross Earnings	ΓΙΑ ΧΡΗΣΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΜΟΝΟ / FOR COMPANY USE ONLY	
			Ποσοστό Ασφαλιστρού Insurance Premium Rate	Ασφάλιστρο Premium

**► Τα πιο κάτω στοιχεία αναφέρονται στους επόμενους 12 μήνες πριν την ημερομηνία ανανέωσης του συμβολαίου σας /  
The below stated data refers to the following 12 months prior renewal date of your policy**

Αριθμός Εργοδοτούμενων Number of Employees	Περιγραφή εργασίας εργοδοτούμενων κατά κατηγορία καθηκόντων Employee description by job category	Ολικό Ποσό Ακαθάριστων Απολαβών Total Gross Earnings	ΓΙΑ ΧΡΗΣΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΜΟΝΟ / FOR COMPANY USE ONLY	
			Ποσοστό Ασφαλιστρού Insurance Premium Rate	Ασφάλιστρο Premium

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. /

I/We declare that the above statement of Gross Earnings mentioned on the above table for the insurance period specified above is submitted by me/us in accordance with the terms and conditions of my insurance policy. I/We guarantee that the submitted data is true and correct and that it includes the total amount of gross earned income as defined above.

Υπογραφή Ασφαλισμένου / Insured Signature

Ημερομηνία / Date