### 

### ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ

### (άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών

(άρθρο 9 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ΠΡΟΣ (1) : | **ΕΠΙΜΕΛΗΤΗΡΙΟ ΑΙΤΩΛΟΑΚΑΡΝΑΝΙΑΣ** | | | | | | | | | | | | | |
| Ο – Η Όνομα: |  | | | | | | Επώνυμο: | |  | | | | | |
| Όνομα και Επώνυμο Πατέρα: | | | |  | | | | | | | | | | |
| Όνομα και Επώνυμο Μητέρας: | | | |  | | | | | | | | | | |
| Ημερομηνία γέννησης(2): | | | |  | | | | | | | | | | |
| Τόπος Γέννησης: | | | |  | | | | | | | | | | |
| Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας: | | | |  | | | | Τηλ: |  | | | | | |
| Τόπος Κατοικίας: | |  | | | Οδός: | |  | | | Αριθ: | |  | ΤΚ: |  |
| Αρ. Τηλεομοιοτύπου (Fax): | | |  | | | Δ/νση Ηλεκτρ. Ταχυδρομείου (Εmail): | | | | |  | | | |

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις (3), που προβλέπονται από της διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

* Δεν είμαι δημόσιος, δημοτικός, κοινοτικός υπάλληλος, υπάλληλος Ν.Π.Δ.Δ., μεσίτης ασφαλίσεων και αντασφαλίσεων, ασφαλιστικός πράκτορας ή συντονιστής ασφαλιστικών πρακτόρων.
* Η κύρια επαγγελματική δραστηριότητα της επιχείρησης δεν είναι η διανομή ασφαλιστικών προϊόντων,
* Διανέμονται από την επιχείρηση μόνο ορισμένα ασφαλιστικά προϊόντα που συμπληρώνουν ένα αγαθό ή μία υπηρεσία
* Τα σχετικά ασφαλιστικά προϊόντα : α) δεν καλύπτουν την ασφάλιση ζωής ή κινδύνους αστικής ευθύνης

β) καλύπτουν την ασφάλιση ζωής ή κινδύνους αστικής ευθύνης καθώς η εν λόγω κάλυψη συμπληρώνει το αγαθό ή την υπηρεσία που παρέχει ο επιχείρηση ως την κύρια επαγγελματική δραστηριότητά του

* Δεν έχω τεθεί σε ολική ή μερική, στερητική ή επικουρική δικαστική συμπαράσταση
* Δεν τελώ σε πτώχευση και σε διαδικασία κήρυξης πτώχευσης **ή** Έχω πτωχεύσει αλλά έχω αποκατασταθεί
* Θα διατηρώ σε ισχύ και θα προσκομίζω κατ΄ έτος στο Επιμελητήριο την Βεβαίωση της ασφαλιστικής επιχείρησης επ΄ονόματι της οποίας ενεργώ ή από την οποία έχω εξουσιοδοτηθεί να ενεργώ, από την οποία να προκύπτει ότι η εν λόγω ασφαλιστική επιχείρηση έχει αναλάβει πλήρως την επαγγελματική αστική ευθύνη.
* Θα ενημερώνω, χωρίς καθυστέρηση, το μητρώο σας για κάθε μεταβολή των στοιχείων σύμφωνα με το άρθρο 22 του Ν. 4583/2018.

Ημερομηνία: ……….20……

Ο – Η Δηλ…..

(Υπογραφή)

(1) Αναγράφεται από τον ενδιαφερόμενο πολίτη ή Αρχή ή η Υπηρεσία του δημόσιου τομέα, που απευθύνεται η αίτηση.

(2) Αναγράφεται ολογράφως.

(3) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.

4)Σε περίπτωση ανεπάρκειας χώρου η δήλωση συνεχίζεται στην πίσω όψη της και υπογράφεται από τον δηλούντα και τη δηλούσα.