### 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 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

|  |  |
| --- | --- |
| ΠΡΟΣ(1): | COMMERCIAL VALUE ΑΑΕ ΥΠΟ ΕΚΚΑΘΑΡΙΣΗ |
| 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 τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω **υπό την ιδιότητα του νομίμου εκπροσώπου** της Εταιρίας με την επωνυμία .......………………………… ......................................................................................................................................................................ότι:

*«τα παραπάνω στοιχεία μου είναι πραγματικά, το ΑΦΜ της εταιρείας που εκπροσωπώ είναι…………………………………..……..., Δ.Ο.Υ. …………………………........................, συναινώ στη διαδικασία προσωρινής διανομής για τις ασφαλιστικές περιπτώσεις που καλύπτονται από τo/τα συμβόλαιο/συμβόλαια υπ’ αριθμόν……………………………………………………….και επιθυμώ να πιστωθεί οιοδήποτε ποσό κρίνει ο ασφαλιστικός εκκαθαριστής στον υπ’ αριθμ. ………………………………….λογαριασμό με IBAN …………………………………………………. της τράπεζας …………………...……………..…. στον οποίο η εταιρεία που εκπροσωπώ τυγχάνει δικαιούχος (ή συνδικαιούχος). Αναγνωρίζω ότι το ποσό για το οποίο η εταιρεία που εκπροσωπώ εντάχθηκε στην Κατάσταση Δικαιούχων Ασφαλίσματος από ασφαλίσεις κατά ζημιών ή που της αναγνωρίστηκε δικαστικώς, είναι το ποσό που δικαιούται από την υπό ασφαλιστική εκκαθάριση εταιρεία COMΜERCIAL VALUE AAE. Δηλώνω ότι το ποσό για το οποίο η εταιρεία που εκπροσωπώ έχει ενταχθεί στην Κατάσταση Δικαιούχων Ασφαλίσματος, δεν είναι το συνολικό ποσό που θα εισπράξει από τον ασφαλιστικό εκκαθαριστή κατά τη διαδικασία της καταβολής αλλά ποσοστό της συνολικής αναγνωρισθείσας απαίτησης. Υπό την προϋπόθεση ότι δεν θα πραγματοποιηθεί άλλη διανομή στο πλαίσιο σύμμετρων καταβολών προς όλους τους δικαιούχους, δηλώνω ότι με την καταβολή του ποσού της τρέχουσας διανομής η εταιρεία που εκπροσωπώ ικανοποιείται πλήρως και ολοσχερώς ως προς την απαίτησή της κατά της υπό εκκαθάριση εταιρείας, του παρόντος επέχοντος θέση ΑΠΟΔΕΙΚΤΙΚΟΥ ΕΞΟΦΛΗΣΗΣ της προνομιακής απαίτησής της κατά της ασφαλιστικής εκκαθάρισης.*

*Αποδέχομαι τον συμψηφισμό της εις βάρος της εταιρείας που εκπροσωπώ δικαστικής δαπάνης με το συνολικό αναγνωρισθέν ποσό και αναγνωρίζω ότι η επιδικασθείσα υπέρ της δικαστική δαπάνη δεν ικανοποιείται ως προνομιακή απαίτηση στο πλαίσιο της ασφαλιστικής εκκαθάρισης, και σε κάθε περίπτωση παραιτείται από αυτήν. Αποδέχομαι ότι*, *σε περίπτωση που η αναρτηθείσα στην Κατάσταση Δικαιούχων Ασφαλίσματος απαίτησή της περιλαμβάνει και τόκους, οι καταβολές, στις οποίες θα προβεί η ασφαλιστική εκκαθάριση, θα καταλογίζονται πρώτα στο κεφάλαιο και, εάν αυτό εξοφληθεί, τυχόν εναπομείναν υπόλοιπο θα καταλογιστεί στους τόκους.* *Αποδέχομαι ότι οι επιδικασθέντες τόκοι υπολογίζονται μέχρι τη θέση της εταιρείας σε ασφαλιστική εκκαθάριση και σε κάθε περίπτωση η εταιρεία που εκπροσωπώ παραιτείται από τους τόκους για το μετέπειτα χρονικό διάστημα. Συναινώ ο ασφαλιστικός εκκαθαριστής, σε περίπτωση που το κρίνει, να γνωστοποιήσει τα ποσά για τα οποία έχει ενταχθεί στην Κατάσταση Δικαιούχων Ασφαλίσματος καθώς και τα ποσά που εισπράττει σε οποιαδήποτε δημόσια αρχή (Δ.Ο.Υ, ΤτΕ, Υπουργείο Οικονομικών κλπ). Δηλώνω ότι η εταιρεία που εκπροσωπώ δεν έχει εκχωρήσει την ανωτέρω απαίτησή της προς οποιοδήποτε φυσικό ή νομικό πρόσωπο./ Έχει εκχωρήσει την ανωτέρω απαίτησή της προς τον/την….…..……………………………………………………………………σε ποσοστό …..….%. Επίσης δηλώνω ότι η εταιρεία που εκπροσωπώ δεν έχει αποζημιωθεί από τρίτον για την απαίτηση που διατηρεί κατά της υπό ασφαλιστική εκκαθάριση ασφαλιστικής εταιρείας, ούτε και διεκδικεί, δικαστικά ή εξώδικα, αποζημίωση από τρίτον. Δηλώνω επίσης ότι η εταιρεία που εκπροσωπώ δεν έχει οφειλές προς την υπό ασφαλιστική εκκαθάριση εταιρεία από οιαδήποτε αιτία. Συναινώ στη διαδικασία συλλογής, επεξεργασίας και αρχειοθέτησης δεδομένων προσωπικών χαρακτήρα από τον ασφαλιστικό εκκαθαριστή και τους προστηθέντες του, που είναι απαραίτητα για τη διαδικασία προσωρινής διανομής καθώς και στη διαβίβασή τους σε κάθε αρμόδια Αρχή».*

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 ή την δηλούσα.