

## **ΕΜΠΙΣΤΕΥΤΙΚΟ**

Προς τον

**ΟΡΓΑΝΙΣΜΟ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΕΞΑΓΩΓΙΚΩΝ ΠΙΣΤΩΣΕΩΝ**



Πανεπιστημίου 57 -5<sup>ος</sup> όροφος - 105 64 ΑΘΗΝΑ

ΤΗΛ.: 2103310017

FAX: 2103244074

Πολυτεχνείου 51 - Β. Ουγκώ - 54 625 ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ

ΤΗΛ.: 2310 550069, 2310548718

FAX: 2310 548762

WEB SITE: www.oaep.gr

### ΑΙΤΗΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΕΞΑΓΩΓΩΝ

ΕΠΙΘΥΜΕΙΤΕ ΤΗΝ ΕΝΤΑΞΗ ΣΑΣ ΣΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΕΞΩΣΤΡΕΦΕΙΑ : ΝΑΙ

ΟΧΙ

Παρακαλούμε όπως, σύμφωνα με τις διατάξεις του Ν. 1796/88 και τις σχετικές αποφάσεις του Οργανισμού σας, μας γνωρίσετε τους όρους και τις προϋποθέσεις που μπορούμε να ασφαλίσουμε την με τα παρακάτω στοιχεία εξαγωγή μας και δηλώνουμε υπεύθυνα και με γνώση των συνεπειών του Νόμου 1599/86 και των διατάξεων του Ν. 2496/97, όπως ισχύει, ότι τα στοιχεία που παραθέτουμε είναι απολύτως ακριβή, γνωρίζοντας ότι θα αποτελέσουν τη βάση της ασφάλισης καθώς επίσης και ότι αναλαμβάνουμε την υποχρέωση να θέσουμε στη διάθεση των αρμοδίων υπηρεσιακών σας παραγόντων κάθε βιβλίο, δικαιολογητικό ή άλλο στοιχείο για έλεγχο στα όσα αναφερόμαστε στην αίτησή μας αυτή.

- 1. Ο Οργανισμός διατηρεί την διακριτική ευχέρεια να μην αποδεχθεί την πρόταση ασφάλισης.**
- 2. Σε περίπτωση αποδοχής μερικής ή/και ολικής αποδοχής της Πρότασης Ασφάλισης, αυτή παρέχεται με τους όρους, προϋποθέσεις και εξαιρέσεις, που αναφέρονται στους Γενικούς και Ειδικούς όρους του ασφαλιστηρίου συμβολαίου.**
- 3. Σε περίπτωση επέλευσης καλυπτόμενης ζημιάς, το ύψος της αποζημίωσης περιορίζεται:**
  - σε συγκεκριμένο ποσοστό αυτής και
  - σε συγκεκριμένο πολλαπλάσιο των ασφαλιστρών, που θα καταβάλει ο ασφαλιζόμενος στη διάρκεια ισχύος του ασφαλιστηρίου, όπως αυτά θα ορίζονται στους Ειδικούς όρους του ασφαλιστηρίου.
- 4. Ο Οργανισμός δεν ασφαρίζει: α) δείγματα (samples), β) πιστώσεις χωρίς χρονικό περιορισμό πληρωμής (open account) και γ) πιστώσεις επί παρακαταθήκη.**
- 5. Το εξαγόμενο προϊόν πρέπει να έχει παραχθεί ή να έχει αποκτήσει προστιθέμενη αξία στην Ελλάδα.**

.....  
(Τόπος - Ημερομηνία)

.....  
(Υπογραφή - Σφραγίδα)

#### **Εξόδα υποβολής αιτήσεως**

Απαραίτητη προϋπόθεση για την ασφάλιση είναι η έρευνα του Ο.Α.Ε.Π. για την εξακρίβωση της πιστοληπτικής ικανότητας και γενικότερα της οικονομικής κατάστασης τόσο του αλλοδαπού αγοραστή όσο και της χώρας προορισμού.

Στο κόστος για την διεξαγωγή της παραπάνω έρευνας συμμετέχει και ο εξαγωγέας, με το εκάστοτε ισχύον ποσό, το οποίο από 1-4-2007 καθορίζεται ανά αγοραστή ως εξής:

**1. ΧΩΡΕΣ ΕΥΡΩΠΑΪΚΗΣ ΕΝΩΣΗΣ :**

**€ 60,00**

Αγγλία, Αυστρία, Βέλγιο, Βουλγαρία, Γαλλία, Γερμανία, Δανία, Εσθονία, Ιρλανδία, Ισπανία, Ιταλία, Κύπρος, Λετονία, Λιθουανία, Λουξεμβούργο, Μάλτα, Ολλανδία, Ουγγαρία, Πολωνία, Πορτογαλία, Ρουμανία, Σλοβακία, Σλοβενία, Σουηδία, Τσεχία, Φινλανδία.

**2. ΧΩΡΕΣ ΚΕΝΤΡΙΚΗΣ & ΑΝΑΤΟΛΙΚΗΣ ΕΥΡΩΠΗΣ:**

**€ 100,00**

Αλβανία, Αζερμπαϊτζάν, Αρμενία, Βοσνία-Ερζεγοβίνη, Γεωργία, FYROM, Καζακστάν, Κιργιστάν, Κροατία, Λευκορωσία, Μαυροβούνιο, Μολδαβία, Ουζμπεκιστάν, Ουκρανία, Ρωσία, Σερβία, Τατζικιστάν, Τουρκμενιστάν.

**3. ΛΟΙΠΕΣ ΧΩΡΕΣ:**

**€ 70,00**

Όλες οι χώρες που δεν εντάσσονται στις παραπάνω δύο κατηγορίες Χωρών.

Τα ποσά καταβάλλονται στον πιο κάτω λογαριασμό όψεως που τηρείται στην Εθνική Τράπεζα Ελλάδος. Αρ. Λογ/σμού: **155/507007-42.**

**Η ΑΠΟΔΕΙΞΗ ΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΣΤΗΝ ΤΡΑΠΕΖΑ ΣΥΝΥΠΟΒΑΛΛΕΤΑΙ ΜΕ ΤΗΝ ΠΑΡΟΥΣΑ ΑΙΤΗΣΗ.**

## ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

### 1. Εξαγωγέας

Επωνυμία:

Αντικείμενο  
δραστηριότητας:

Διεύθυνση:

(Οδός)

(Αριθμός)

(Ταχ. Κωδ.)

(Τηλέφωνο)

(FAX)

Νομική  
μορφή:

Κύριοι  
Μέτοχοι:

Έτος ίδρυσης:

Αριθμός Φορολογικού  
Μητρώου:

Αρμόδιος  
εξαγωγών

(Όνοματεπώνυμο)

(Τηλέφωνο)

(FAX)

(E-mail)

Επιμελητήριο  
Έδρας:

### 2. Φορτώσεις:

α) Ημερομηνία φορτώσεως

(Προκειμένου για μία φόρτωση)

β) Διάρκεια φορτώσεων: από

μέχρι

### 3. Εξαγόμενο Προϊόν:

Συμπληρώστε το τετραγωνίδιο, γράφοντας τον 2ψήφιο κωδικό αριθμό που αντιστοιχεί στο βασικότερο προϊόν που εξάγετε (βλέπε συνημμένη κατάσταση)

Παραγωγή αγαθού: Της ίδιας επιχείρησης

Άλλης επιχείρησης

#### 4. Προηγούμενες εξαγωγές μας (τελευταία τριετία):

1. Σημειώσατε τις συνολικές εξαγωγές που πραγματοποιήσατε την τελευταία τριετία:

ΕΤΟΣ	ΑΞΙΑ	Ε.Ε. (%)	Κεντρική Ανατολική Ευρώπη (%)	ΛΟΙΠΕΣ (%)

5. Πρόβλεψη εξαγωγικού κύκλου εργασιών για το επόμενο οικονομικό έτος:

#### 6. Συνεργαζόμενες Τράπεζες

Επιθυμείτε εκχώρηση των δικαιωμάτων του Συμβολαίου σας με μία Τράπεζα:

ΝΑΙ

ΟΧΙ

Αν ναι αναφέρατε το όνομα και τη διεύθυνση του υποκαταστήματος της Τράπεζας:

#### 7. Διάφορα άλλα στοιχεία:

1. Παρακαλούμε επισυνάψατε αντίγραφο του τελευταίου ισολογισμού σας.
2. Σημειώσατε οτιδήποτε σχετικό θα μπορούσε να βοηθήσει στην κρίση του Διοικητικού Συμβουλίου του Ο.Α.Ε.Π.:

ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΩΝ ΤΟΥ ΕΝΟΣ, ΑΓΟΡΑΣΤΩΝ, ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ Η ΠΑΡΟΥΣΑ ΣΕΛΙΔΑ ΓΙΑ ΤΟΝ ΚΑΘΕΝΑ ΧΩΡΙΣΤΑ.

### 8. Αγοραστής

<input type="text"/>		<input type="text"/>
(Επωνυμία)		(Κλάδος)
<input type="text"/>		
(Διεύθυνση)		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(Χώρα)	(Τηλέφωνο)	(Fax)

Αριθμός Φορολογικού  
Μητρώου (Vat No):

Αριθμός και είδος  
Μητρώου:

9. Τρόπος διακανονισμού:

10. Απαιτούμενο πιστωτικό  
όριο:

11. Εκτιμώμενη αξία εκάστοτε φόρτωσης:

### 12. Τρόπος σύναψης αγοραπωλησίας:

Γραπτή συμφωνία  Telex  Γράμμα  Fax

### 13. Κίνδυνοι που επιθυμούμε να καλυφθούν:

(να αναγράφονται μόνο οι κωδικοί των κινδύνων, όπως παρουσιάζονται με τα συγκεκριμένα κεφαλαία γράμματα στο συνημμένο έντυπο)

### 14. 1. Σημειώσατε τις εξαγωγές που πραγματοποιήσατε προς τον αγοραστή της παρούσας αίτησης:

ΕΠΩΝΥΜΙΑ	ΧΩΡΑ	ΑΞΙΑ (Των τριών τελευταίων ετών)		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### 2. Σημειώσατε το ύψος των τυχόν ληξιπρόθεσμων απαιτήσεων που έχετε από τον παραπάνω αγοραστή

Αριθμός	Αξία ληξιπρόθεσμων φορτώσεων
<input type="text"/>	<input type="text"/>

### 15. Πληροφορίες για τον αγοραστή:

(σημειώνεται κάθε τι χρήσιμο για την αξιολόγηση της πιστοληπτικής ικανότητας του αγοραστή)