

**ΤΜΗΜΑ ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΩΝ
CUSTOMER SERVICES AREA**

ΑΛΛΑΓΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗΣ / CHANGE OF ADDRESS

Όνομα Ασφαλισμένου/Insured's Name: _____

Όνομα Αντισυμβαλλόμενου/Owner's Name: _____

Αριθμός Συμβολαίου/Policy No : _____

Νέα Διεύθυνση/New Address: _____

Οδός/Street: _____ **Αριθμός/No:** _____

Πόλη/City: _____ **Ταχυδρομικός κώδικας/Postal Code:** _____

Ηλεκτρονική Διεύθυνση/Email: _____

Τηλέφωνο/Telephone: _____ **Κινητό Τηλ./Mobil No:** _____

Υπογραφή Ασφαλισμένου/Insured's Signature: _____

Υπογρ. Αντισυμβαλλόμενου/Policy Owner's Signature: _____

Ημερομηνία/Date: _____