

ΤΜΗΜΑ ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΩΝ / CUSTOMER SERVICES AREA**ΑΛΛΑΓΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗΣ / CHANGE OF ADDRESS**

Όνομα Ασφαλισμένου / Insured's Name: _____

Όνομα Αντισυμβαλλόμενου / Owner's Name: _____

(Όπου εφαρμόζεται / Where applicable)

Αριθμός/οι Συμβολαίου/ων / Policy Number/s: _____

Οδός / Street: _____

Αριθμός / Number: _____ Πόλη / City: _____ Ταχυδρομικός κώδικας / Postal Code: _____

Υπογραφή Ασφαλισμένου / Insured's Signature: _____

Υπογραφή Αντισυμβαλλόμενου / Policy Owner's Signature: _____

(Όπου εφαρμόζεται/Where applicable)

Ημερομηνία / Date: _____

Να επισυναφθεί πρόσφατος λογαριασμός από οργανισμό κοινής ωφελείας
Attach recent utility bill