

ΑΙΤΗΣΗ ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΗΣ ΣΥΜΒΟΛΑΙΩΝ ΖΩΗΣ & ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ

ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΟΥ : _____

ΟΝΟΜΑ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ : _____ Αρ. Ταυτότητας _____

ΟΝΟΜΑ ΑΝΤΙΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΥ : _____ Αρ. Ταυτότητας _____

ΗΛΕΚΤΡ. ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ : _____ ΤΗΛΕΦΩΝΟ _____ ΚΙΝΗΤΟ ΤΗΛ. _____

Παρακαλώ να γίνουν οι πιο κάτω τροποποιήσεις που ζητούνται βάσει των όρων του πιο πάνω ασφαλιστηρίου και θα ισχύουν από τη στιγμή που καταχωρούνται σ' αυτό από την Εταιρεία.

1. ΑΥΞΗΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ ΣΕ : _____
2. ΜΕΙΩΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ ΣΕ : _____
3. ΑΛΛΑΓΗ ΣΧΕΔΙΟΥ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΣΕ : _____
4. ΑΛΛΑΓΗ ΤΡΟΠΟΥ ΠΛΗΡΩΜΗΣ ΣΕ : _____
5. ΠΡΟΣΘΗΚΗ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΩΝ ΣΥΜΒΟΛΑΙΩΝ : _____
6. ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΩΝ ΣΥΜΒΟΛΑΙΩΝ : _____
7. ΕΚΔΟΣΗ ΑΝΤΙΓΡΑΦΟΥ ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΟΥ ΑΙΤΙΑ : _____
8. **ΑΛΛΑΓΗ ΟΝΟΜΑΤΟΣ**
 ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ ΣΕ : _____
 ΑΝΤΙΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΥ ΣΕ : _____
9. **ΑΛΛΑΓΗ ΚΥΡΙΟΤΗΤΑΣ**
 ΝΕΟΣ ΑΝΤΙΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΣ ΟΝΟΜΑ: _____ Αρ.Ταυτ. _____
 ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟΝ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟ _____
 ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ _____
10. **ΑΛΛΑΓΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ** ΣΕ : _____
 ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΝΕΩΝ ΚΑΘΗΚΟΝΤΩΝ _____
 ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ _____
 ΝΕΟ ΕΤΗΣΙΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ _____
11. ΑΛΛΕΣ ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΕΙΣ _____

ΠΟΣΟ ΠΡΟΚΑΤΑΒΟΛΗΣ ΜΕ ΤΗΝ ΑΙΤΗΣΗ ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΗΣ

ΓΙΑ ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΧΡΗΣΗ

ΔΗΛΩΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ / ΑΝΤΙΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΥ

Εάν το ασφαλιστικό πρόγραμμα που έχω επιλέξει είναι με συμμετοχή στο ΠΑΜΑ, εξουσιοδοτώ την Εταιρεία να ενεργεί εκ μέρους μου και σαν αντιπρόσωπος μου και να επενδύει σύμφωνα με την κρίση της το μαθηματικό απόθεμα και το Προϊόν Απόδοσης που θα παραμένει στην Εταιρεία για απόδοση μικτού επιτοκίου. Επίσης εγκρίνω οποιαδήποτε σχετική πράξη από μέρους της Εταιρείας και αποδέχομαι το αντίστοιχο επενδυτικό αποτέλεσμα.

Δηλώνω ότι διατηρώ το δικαίωμα ανάκλησης και ακύρωσης αυτής της εξουσιοδότησης με σχετική γραπτή ειδοποίηση προς την Εταιρεία.

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ

ΥΠΟΓΡ.ΑΝΤΙΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΥ

ΥΠΟΓΡ. ΑΜΕΤΑΚΛΗΤΟΥ ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΥ

ΥΠΟΓΡ. ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΥ ΕΚΧΩΡΗΣΗΣ

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΗ

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΔΙΕΥΘΥΝΤΗ

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ