

## Ειδοποίηση Αλλαγών Υφιστάμενων Ασφαλισμένων / Notice of Change for Existing Insureds

Συμπληρώνεται απο τον εργοδότη - κάτοχο ασφαλιστηρίου / To be completed by the employer - policyholder

Εργοδότης:  
Policyholder:

Αρ.συμβολαίου:  
Policy no:

### A. Τερματισμοί

### A. Terminations

| Τερματισμός κυρίως ασφαλισμένου ατόμου και εξαρτωμένων του / Main insured termination and his / her dependent |                                |                                 |   |
|---|--------------------------------|---------------------------------|---|
| Πλήρες όνομα υπαλλήλου<br>Full name of employee   | Αρ. Ταυτότητας<br>Identity no. | Εξαρτώμενα πρόσωπα<br>Dependent | Τελευταία ημέρα ασφάλισης ασφαλισμένου<br>Last day of cover |
| 1.  |                                | Όλα / All                       |   |
| 2.  |                                | Όλα / All                       |   |
| 3.  |                                | Όλα / All                       |   |
| 4.  |                                | Όλα / All                       |   |

| Μόνο για τερματισμούς εξαρτωμένων μελών / Only for dependent termination |  |  |   |
|--|--|--|---|
| Πλήρες όνομα υπαλλήλου<br>Full name of employee                          | Αρ. Ταυτότητας υπαλλήλου<br>Identity no. of employee | Πλήρες όνομα εξαρτωμένου<br>Full name of dependent | Τελευταία ημέρα ασφάλισης εξαρτώμενου<br>Last day of cover of dependent |
| 1.   |  |  |   |
| 2.   |  |  |   |
| 3.   |  |  |   |
| 4.   |  |  |   |

Σχόλια/Comments:

! Σε περίπτωση περισσότερων αλλαγών παρακαλώ επικοινωνήστε με την εταιρεία - In case of more changes, please contact us.

### B. Αλλαγή σχεδίου/κάλυψης

### B. Change of plan/cover

| Πλήρες όνομα ασφαλισμένου<br>Full name of insured | Αρ. Ταυτότητας<br>Identity no. | Ημ/νία αλλαγής<br>Date of change | Σχέδιο<br>Plan | Ασφ. κάλυψη ζωής*<br>Sum assured for life cover |
|---|--------------------------------|----------------------------------|----------------|---|
| 1.  |                                |                                  |                |   |
| 2.  |                                |                                  |                |   |
| 3.  |                                |                                  |                |   |
| 4.  |                                |                                  |                |   |
| 5.  |                                |                                  |                |   |
| 6.  |                                |                                  |                |   |
| 7.  |                                |                                  |                |   |
| 8.  |                                |                                  |                |   |

Σχόλια/Comments:

\* Σε περίπτωση που σχετίζεται με την μισθοδοσία παρακαλώ δηλώσε τον ετήσιο μισθό .  
If related to the payroll, please note the annual salary

Αποστολή αίτησης για επεξεργασία στο: groupadministration@metlife.com - Η πρωτότυπη ταχυδρομείται στα κεντρικά γραφεία για αρχειοθέτηση.  
Submit form for processing to: groupadministration@metlife.com - Original must be mailed to head office for archiving.

### Γ. Συγκατάθεση Εργοδότη

### C. Policyholder Authorisation

Όνομα/ Name:.....  
Υπογραφή / Signature:.....  
Ημερομηνία Υποβολής / Submission date:.....



Σφραγίδα κατόχου  
συμβολαίου/θυγατρικής  
Stamp of Policyholder/  
subsidiary