

ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΗ ΑΙΤΗΣΗΣ ΓΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΗ

Αρ. Αίτησης Αρ. Ασφαλιστηρίου Υποκατάστημα

Εγώ ο/η

που υπογράφω παρακάτω, με το έντυπο αυτό ζητώ να τροποποιήσετε σύμφωνα με τα παρακάτω την αίτηση μου για ασφάλιση που έγινε στις

Με το έντυπο αυτό δηλώνω υπεύθυνα και γνωρίζοντας τις συνέπειες του Νόμου ότι εξακολουθώ να βρίσκομαι στην ίδια καλή κατάσταση υγείας που ήμουν όταν υπέγραφα το έντυπο της Αίτησης για ασφάλιση ή και το έντυπο με αριθμό C-3 (Δηλώσεις του αιτούντος που έγιναν στον εξεταστή ιατρό και συμπληρώθηκαν από αυτόν) και ότι από την ημερομηνία των δηλώσεων αυτών καμιά αλλαγή δεν έχει γίνει στο επάγγελμά μου ή στην οικογενειακή μου κατάσταση και δεν προσβλήθηκα από οποιαδήποτε ασθένεια ή πάθηση, δεν συμβουλευτήκα ή εξετάστηκα από οποιονδήποτε γιατρό και δεν υπέβαλα αίτηση για νέα ασφάλιση, αλλαγή στο είδος της ασφαλίσεως ή επαναφορά σε ισχύ, η οποία απορρίφθηκε, αναβλήθηκε, αποσύρθηκε ή τροποποιήθηκε στο είδος, στο ποσό ή στο ασφάλιστρο (με εξαίρεση αυτά που σημειώνω παραπάνω) και δέχομαι να εξαρτάται η έκδοση ή η παράδοση οποιουδήποτε ασφαλιστηρίου σε μένα από την ακρίβεια των πιο πάνω δηλώσεων μου.

Με την αίτηση αυτή έχω καταβάλει επιπρόσθετη προκαταβολή ΕΥΡΩ

ΕΞΑΙΡΕΣΕΙΣ

ΓΙΑ ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΧΡΗΣΗ ΜΟΝΟ

Ημερομηνία

.....
Ασφαλιστής ή άλλος μάρτυρας

.....
Υπογραφή Προτεινόμενου για Ασφάλιση

.....
Ασφαλιστής ή άλλος μάρτυρας

.....
Υπογραφή Αιτητή (σε περίπτωση που ο Προτεινόμενος για Ασφάλιση είναι κάτω των 18)

.....
Ασφαλιστής ή άλλος μάρτυρας

.....
Υπογραφή Αντισυμβαλλόμενου