

**ΑΙΤΗΣΗ ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΟΥ IASIS-ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ**  
MODIFICATION FOR IASIS INSURANCE-PERSONAL ACCIDENTS

09/17

Αριθμός Ασφαλιστηρίου / Policy Number: \_\_\_\_\_

Όνομα Συμβαλλομένου / Policy Holder's Name: \_\_\_\_\_ Αρ. Ταυτότητας / ID Card No.: \_\_\_\_\_

Όνοματεπώνυμο Ασφαλισμένου / Insured Full Name: \_\_\_\_\_ Αρ. Ταυτότητας / ID Card No.: \_\_\_\_\_

Με την παρούσα ζητούμε τις πιο κάτω σημειωμένες τροποποιήσεις που ζητούνται βάση των όρων του ασφαλιστηρίου / We hereby request the following marked modifications requested under the conditions of the insurance company:

1. Αλλαγή Σχεδίου από / Modification of Policy Plan from \_\_\_\_\_ σε / to \_\_\_\_\_

2. Αλλαγή Τρόπου Πληρωμής / Modification of Payment method from \_\_\_\_\_ σε / to \_\_\_\_\_

3. Αλλαγή Αφαιρετέου Ποσού από / Modification of Debuctible amount from \_\_\_\_\_ σε / to \_\_\_\_\_

4. Αλλαγή Επαγγέλματος σε / Modification of Occupation from \_\_\_\_\_ σε / to \_\_\_\_\_

5. Αλλαγή Διεύθυνσης σε / Modification of Residential Address \_\_\_\_\_

6. Αλλαγή Ονόματος / Change of Name α. Ασφαλισμένου σε / Insured to: \_\_\_\_\_

β. Προτείνοντα σε / Proposer to: \_\_\_\_\_

γ. Εξαρτώμενων προσώπων σε / Dependents to: \_\_\_\_\_

7. ΑΦΑΙΡΕΣΗ / REMOVAL  ΠΡΟΣΘΕΣΗ / ADDITION  ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣΩΠΩΝ / INSURED PERSONS

A/A	Όνομα / Name	Επώνυμο / Surname	Ημερ. Γενν. / Date of Birth	Ύψος / Height	Βάρος / Weight	Επάγγελμα / Occupation	Αρ. Ταυ. / ID Card No.	Σχέση / Relation

8. Άλλες Τροποποιήσεις / Other Modifications

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Σε περίπτωση που η τροποποίηση αφορά προσθήκη ασφαλισμένων προσώπων, τότε να συμπληρωθεί η δήλωση ιατρικού ιστορικού / In case that the modification relates to the addition of insured persons / benefits, then please also complete the medical history declaration

Ασφάλιστρο Δόσης υπολογίζεται με τις πιο πάνω τροποποιήσεις / Premium Installments calculated as per above modifications € \_\_\_\_\_

Ποσό που καταβάλλεται με την αίτηση αυτή / Amount Paid with application € \_\_\_\_\_

Υπεγράφη στην / Signed in \_\_\_\_\_ την / the \_\_\_\_\_

Υπογραφή Ασφαλισμένου / Insured Signature \_\_\_\_\_ Υπογραφή Συμβαλλομένου / Policy Holder's Signature \_\_\_\_\_

**▶ ΔΗΛΩΣΗ / DECLARATION**

Δηλώνω υπεύθυνα ότι όλες οι απαραίτητες εξηγήσεις / διευκρινίσεις έχουν δοθεί από εμένα στον ασφαλισμένο και/ή προτείνοντα και ότι δεν γνωρίζω οτιδήποτε άλλο που θα μπορούσε να επηρεάσει την απόφαση της εταιρείας σχετικά με την ασφαλισιμότητα των ασφαλισμένων.

I hereby declare that all of the necessary explanations / clarifications have been given by me to the insured and/or proposer, and thus we do not know anything else which could affect the company's decision on the insurability of the insured.

\_\_\_\_\_

Ημερομηνία / Date

Όνοματεπώνυμο Αντιπροσώπου / Agent's Full Name

Υπογραφή Αντιπροσώπου / Agent's Signature

Κωδικός Αντιπροσώπου / Agent's Code