

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

Αριθμός Ασφαλιστηρίου / Policy Number: _____
 Όνομα Συμβαλλομένου / Policy Holder's Name: _____ Αρ. Ταυτότητας / ID Card No.: _____
 Ονοματεπώνυμο 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:

- Αλλαγή Σχεδίου από / Modification of Policy Plan from _____ σε / to _____
- Αλλαγή Τρόπου Πληρωμής / Modification of Payment method from _____ σε / to _____
- Αλλαγή Αφαιρετέου Ποσού από / Modification of Debuctible amount from _____ σε / to _____
- Αλλαγή Επαγγέλματος σε / Modification of Occupation from _____ σε / to _____
- Αλλαγή Διεύθυνσης σε / Modification of Residential Address _____
- Αλλαγή Ονόματος / Change of Name
 - Ασφαλισμένου σε / Insured to: _____
 - Προτείνοντα σε / Proposer to: _____
 - 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. Ταυτ. / 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 / διευκρινήσεις 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.