



ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΟΥ:	Ημερ. Ασφαλιστηρίου:
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ: ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΚΑΙ ΚΑΘΗΚΟΝΤΑ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ:	Αρ. Ταυτότητας:
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΥ:	Αρ. Ταυτότητας:
ΠΛΗΡΗΣ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΑΛΛΗΛΟΓΡΑΦΙΑΣ:	Τηλέφωνο:

Παρακαλώ όπως το πιο πάνω Ασφαλιστήριο τροποποιηθεί σύμφωνα με τους πιο κάτω όρους με ισχύ από.....

ΣΥΜΦΩΝΕΙΤΑΙ : Ότι η Universal Life θα πραγματοποιήσει τις πιο κάτω τροποποιήσεις είτε ακυρώνοντας το παρών συμβόλαιο και εκδίδοντας νέο είτε τροποποιώντας το παρών συμβόλαιο με οπισθογράφηση.

ΔΗΛΩΣΗ:

1. Δηλώνω ότι καμιά αλλαγή δεν έχει συμβεί, από την ημερομηνία υποβολής της αρχικής μου αίτησης για την έκδοση του πιο πάνω ασφαλιστηρίου, στην υγεία μου εκτός απ' αυτά που δηλώνονται πιο κάτω.

Ασθένεια, Εγχείρηση ή Ατύχημα Αναλύσεις ή Ακτινογραφίες	Γιατρός	Ημερ.	Λεπτομέρειες Θεραπείας, Αποτελέσματα
Όνομα και Διεύθυνση του Προσωπικού σας γιατρού			
Πότε επισκεφθήκατε γιατρό για τελευταία φορά και γιατί; Δώστε το όνομα και τη διεύθυνση του αν διαφέρουν από τα πιο πάνω.			
Δηλώστε το Ύψος και το Βάρος σας.		Ύψος	Βάρος
Έχει το βάρος σας αλλοιωθεί από την ημερομηνία υποβολής της αίτησης για έκδοση του πιο πάνω ασφαλιστηρίου; ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/>		Αν ΝΑΙ δώστε τον λόγο:	
Για γυναίκες μόνο: Είστε έγκυος; ΝΑΙ <input type="checkbox"/> ΟΧΙ <input type="checkbox"/> Αν ναι πόσων μηνών;			

2. Δηλώνω ότι καμιά αλλαγή δεν έχει συμβεί, από την ημερομηνία υποβολής της αρχικής μου αίτησης για την έκδοση του πιο πάνω ασφαλιστηρίου στις συνήθειες, ασχολίες ή επάγγελμα μου που δυνατό να αυξήσουν τον κίνδυνο εκτός απ' αυτά που αναφέρονται πιο κάτω:

ΑΛΛΑΓΗ ΣΕ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ/ΑΣΧΟΛΙΕΣ/ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ :

3. Όλες οι δηλώσεις που αναφέρονται είναι εξ' όσων κάλλιστα γνωρίζω και πιστεύω πλήρεις και αληθινές και η τροποποίηση του ασφαλιστηρίου θα είναι σύμφωνα με αυτές τις δηλώσεις και μ' οποιοσδήποτε άλλες πληροφορίες που δυνατό να ζητηθούν από την Universal Life.

ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΗΣΗ:

Εξουσιοδοτώ οποιοδήποτε γιατρό, νοσοκομείο, κλινική, ασφαλιστική εταιρεία ή οποιοδήποτε άλλο πρόσωπο να δώσει οποιοσδήποτε πληροφορίες που δυνατό να ζητηθούν από τη Universal Life.

ΖΗΤΟΥΜΕΝΗ ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΗ

ΛΕΠΤΟΜΕΡΕΙΕΣ ΣΥΝΟΛΙΚΟΥ ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΟΥ (ΠΛΗΡΩΤΕΟ/ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ/ΤΡΟΠΟΣ ΠΛΗΡΩΜΗΣ)	Από	Σε
Διαφοροποίηση Συνολικού Πληρωτέου Ασφαλιστρου (μόνο για UniOptions)	€	€
Συχνότητα πληρωμής Ασφαλιστρου		
Τρόπος Πληρωμής Ασφαλιστρου		

ΒΑΣΙΚΟ ΩΦΕΛΗΜΑ ΚΑΙ ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΟ ΒΑΣΙΚΟΥ ΩΦΕΛΗΜΑΤΟΣ	Από	Σε
	€	€
Ασφαλισμένο Ποσό		
Διαφοροποίηση Ασφαλιστρου Βασικού Ωφελήματος		

ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΥΞΗΣΗΣ ΒΑΣΙΚΟΥ ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΟΥ ΝΑ ΑΝΑΦΕΡΘΕΙ Ο ΛΟΓΟΣ:

ΛΟΓΟΣ:

ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΑ ΩΦΕΛΗΜΑΤΑ	Σημειώστε <input checked="" type="checkbox"/>		Ημερομηνία Έναρξης	Από			Σε		
	Πρόσθεση	Αφαίρεση		Ασφάλιστρο €	Χρόνια	Ασφ. Ποσό €	Ασφάλιστρο €	Χρόνια	Ασφ. Ποσό €
Ruler	ΥΠΑΡΧΕΙ ΕΙΔΙΚΟ ΕΝΤΥΠΟ								

Υπογραφή Ασφαλισμένου : Ημερομηνία:.....
Υπογραφή Δικαιούχου : Ημερομηνία:.....
Υπογραφή Μάρτυρα των πιο πάνω υπογραφών : Ημερομηνία:.....

ΓΙΑ ΕΣΩΤΕΡΙΚΗ ΧΡΗΣΗ**ΣΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΠΟΥ Η ΑΥΞΗΣΗ ΤΟΥ ΠΛΗΡΩΤΕΟΥ ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΟΥ ΕΙΝΑΙ ΜΕΓΑΛΥΤΕΡΗ ΤΗΣ ΤΑΞΗΣ ΤΟΥ 100% Ή ΚΑΙ ΜΕΓΑΛΥΤΕΡΗ ΤΟΥ ΕΤΗΣΙΟΥ ΠΟΣΟΥ ΤΩΝ €1.500 ΝΑ ΣΥΜΠΛΗΡΩΘΕΙ ΑΠΟ ΤΟ ΔΙΕΥΘΥΝΤΗ ΤΟΥ ΔΙΑΜΕΣΟΛΑΒΗΤΗ**Έχω ελέγξει το αίτημα του πελάτη και το βρίσκω δικαιολογημένο Εξηγήστε γιατί;Έχω ελέγξει το αίτημα του πελάτη και δεν το βρίσκω δικαιολογημένο Εξηγήστε γιατί;**ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΔΙΕΥΘΥΝΤΗ****Ημερομηνία:**

Όνομα Ασφαλιστικού Διαμεσολαβητή:

Κωδικός Αριθμός:

Ποσό που πληρώθηκε με την αίτηση

Αριθμός Ταμείου:

Ημερομηνία απόδειξης ασφαλιστή:

Ημερομηνία Ταμείου:

Paid to Date:

Billing Mode & Payment Code:

Reversal of premium:

Pending Transaction:

Face Change:

WPB:

Mode of Addition:

Term of Acceptance:

Remarks: