

Κωδικός Συνεργάτου
Κωδικός Καταστήματος Τραπέζης

Κωδικός Πωλητού

ΑΙΤΗΣΗ ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΟΥ ΖΩΗΣ

ΑΡ. ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΟΥ :

ΑΝΤΙΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΣ : ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΣ :

1. ΑΛΛΑΓΗ ΑΝΤΙΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΥ (ΛΗΠΤΗ ΤΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ)

ΕΠΩΝΥΜΟ ΟΝΟΜΑ
ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ ΗΜΕΡ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ ΦΥΛΟ
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ
ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟΝ ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟ.....
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ
Α.Δ.Τ. Α.Φ.Μ. Δ.Ο.Υ.
Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ Τ.Κ. ΠΟΛΗ
Δ/ΝΣΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ Τ.Κ. ΠΟΛΗ
Δ/ΝΣΗ ΑΛΛΗΛΟΓΡΑΦΙΑΣ Τ.Κ. ΠΟΛΗ
ΤΗΛΕΦΩΝΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ

(Για κάλυψη ΑΠΑ Αντισυμβαλλομένου απαιτείται και συμπλήρωση του συνημμένου Ερωτηματολογίου)

2. ΜΕΤΑΒΟΛΗ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ
Α.Δ.Τ. Α.Φ.Μ. Δ.Ο.Υ.
Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ Τ.Κ. ΠΟΛΗ
Δ/ΝΣΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ Τ.Κ. ΠΟΛΗ
Δ/ΝΣΗ ΑΛΛΗΛΟΓΡΑΦΙΑΣ Τ.Κ. ΠΟΛΗ
ΤΗΛΕΦΩΝΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ

3. ΜΕΤΑΒΟΛΗ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΑΝΤΙΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΥ

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ
Α.Δ.Τ. Α.Φ.Μ. Δ.Ο.Υ.
Δ/ΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ Τ.Κ. ΠΟΛΗ
Δ/ΝΣΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ Τ.Κ. ΠΟΛΗ
Δ/ΝΣΗ ΑΛΛΗΛΟΓΡΑΦΙΑΣ Τ.Κ. ΠΟΛΗ
ΤΗΛΕΦΩΝΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ

4. ΑΛΛΑΓΗ ΔΙΚΑΙΟΥΧΩΝ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ	ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ	ΣΥΓΓΕΝΕΙΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ (%)

5. ΑΛΛΑΓΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ

ΑΝΤΙΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΣ

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΑΣΦΑΛ. ΤΑΜΕΙΟ

ΒΙΒΛΙΑΡΙΟ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ (ΝΑΙ) (ΟΧΙ)

ΠΡΟΣΟΧΗ : Σε περίπτωση προσθήκης νέου μέλους ή κάλυψης, αύξησης κεφαλαίων ή επαναφοράς σε ισχύ είναι **ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΗ** η συμπλήρωση του συνημμένου **ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ**

6. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΩΝ ΜΕΛΩΝ ΠΟΥ ΠΡΟΤΕΙΝΟΝΤΑΙ ΓΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΗ

	ΣΥΖΥΓΟΣ	ΤΕΚΝΟ 1	ΤΕΚΝΟ 2	ΤΕΚΝΟ 3
ΕΠΩΝΥΜΟ				
ΟΝΟΜΑ				
ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ				
ΦΥΛΟ				
ΗΜΕΡ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ				
ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟΝ ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟ				
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ		X	X	X
Α.Φ.Μ.		X	X	X
Α.Ο.Υ.		X	X	X

7. ΜΕΤΑΒΟΛΗ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΒΑΣΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΖΩΗΣ

ΜΕΤΑΒΟΛΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ : ΝΕΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ

ΜΕΤΑΒΟΛΗ ΑΣΦΑΛ. ΚΕΦΑΛΑΙΟΥ : ΝΕΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ

ΜΕΤΑΒΟΛΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ(έτη) ΜΕΤΑΒΟΛΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑΣ ΠΛΗΡΩΜΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΩΝ (έτη)

8. ΜΕΤΑΒΟΛΗ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ ΚΑΛΥΨΕΩΝ

Για οποιαδήποτε μεταβολή (αύξηση ή μείωση κεφαλαίου, προσθήκη ή αφαίρεση κάλυψης) συμπληρώστε τον παρακάτω πίνακα.

ΚΑΛΥΨΗ	ΑΣΦ. ΚΕΦΑΛΑΙΟ	ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΣ	ΑΝΤΙΣΥΜΒ/ΝΟΣ	ΕΞΑΡΤ. ΜΕΛΟΣ

9. ΕΠΑΝΑΦΟΡΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΟΥ ΣΕ ΙΣΧΥ

Με την παρούσα αίτησή μου ζητώ την **Επαναφορά** σε ισχύ του ακυρωθέντος (ή ελευθεροποιηθέντος) Ασφαλιστηρίου μου, από την ημερομηνία διακοπής του. [.....]

10. ΙΔΙΑΙΤΕΡΑ ΑΙΤΗΜΑΤΑ

11. ΜΕΤΑΒΟΛΗ ΤΡΟΠΟΥ ΠΛΗΡΩΜΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΩΝ

ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΠΛΗΡΩΜΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΩΝ

ΕΤΗΣΙΑ [] ΕΞΑΜΗΝΙΑΙΑ [] ΤΡΙΜΗΝΙΑΙΑ [] ΜΗΝΙΑΙΑ []
(Η μηνιαία και τριμηνιαία πληρωμή ασφαλιστρών ισχύει μόνο με χρέωση πιστωτικής κάρτας ή πάγιας εντολής χρέωσης λογαριασμού)

ΤΡΟΠΟΣ ΚΑΤΑΒΟΛΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΩΝ

με ΧΡΕΩΣΗ ΠΙΣΤΩΤΙΚΗΣ ΚΑΡΤΑΣ []
με ΠΑΓΙΑ ΕΝΤΟΛΗ ΧΡΕΩΣΗΣ ΛΟΓΑΡΙΑΣΜΟΥ []
ΑΛΛΟΣ ΤΡΟΠΟΣ []

ΕΞΟΥΣΙΟΛΟΓΗΣΗ ΧΡΕΩΣΗΣ ΠΙΣΤΩΤΙΚΗΣ ΚΑΡΤΑΣ

Ο υπογράφων την παρούσα δηλώνω ότι εξουσιοδοτώ την EFG EUROLIFE Α.Ε.Α.Ζ. να χρεώνει αυτομάτως την πιστωτική μου κάρτα

VISA [.....] MASTERCARD [.....] EUROLINE [.....]

Με αριθμό : και ημερομηνία λήξης :

με το ποσό των εκάστοτε οφειλομένων ασφαλιστρών, όπως καθορίζονται από το προς έκδοση Ασφαλιστήριο Συμβόλαιο (καθώς και από τις τυχόν ανανεώσεις του ή τροποποιήσεις του) με την EFG EUROLIFE Α.Ε.Α.Ζ. Η παρούσα εξουσιοδότηση ισχύει μέχρι εγγράφου ανάκλησής της νομίμως κοινοποιούμενης στην EFG EUROLIFE Α.Ε.Α.Ζ. δια δικαστικού επιμελητή.

Υπογραφή Κατόχου κάρτας Ημερομηνία :

ΠΑΓΙΑ ΕΝΤΟΛΗ ΑΥΤΟΜΑΤΗΣ ΕΞΟΦΛΗΣΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΩΝ

Αριθμός Λογαριασμού : Αριθμός Πάγιας Εντολής :

Ο υπογράφων δηλώνω ότι εξουσιοδοτώ την Τράπεζα EFG Eurobank Ergasias Α.Ε. (εφεξής "Τράπεζα") να χρεώνει αυτομάτως τον ως άνω τραπεζικό λογαριασμό, με το ποσό των εκάστοτε οφειλομένων ασφαλιστρών, όπως καθορίζονται από το προς έκδοση Ασφαλιστήριο Συμβόλαιο (καθώς και από τις τυχόν ανανεώσεις του ή τροποποιήσεις του) με την EFG EUROLIFE Α.Ε.Α.Ζ. Η παρούσα εντολή ισχύει μέχρι εγγράφου ανάκλησής της νομίμως κοινοποιούμενης στην Τράπεζα δια δικαστικού επιμελητή. Δηλώνω επίσης ότι έλαβα γνώση και αποδέχομαι ανεπιφύλακτα τους όρους της πάγιας εντολής που αναγράφονται στην τελευταία σελίδα.

Υπογραφή δικαιούχου του Λογαριασμού

Ημερομηνία Για την Τράπεζα EFG Eurobank Ergasias Α.Ε.

ΟΡΟΙ ΠΑΓΙΑΣ ΕΝΤΟΛΗΣ

- Σε περίπτωση μη εμπρόθεσμης εξόφλησης οποιασδήποτε δόσης ασφαλιστρών, λόγω μη ύπαρξης επαρκούς διαθέσιμου υπολοίπου στο λογαριασμό η EFG EUROLIFE Α.Ε.Α.Ζ. δύναται να επιδιώκει την είσπραξή της με κάθε νόμιμο τρόπο.
- Ο χρεούμενος τραπεζικός λογαριασμός θα πρέπει να έχει επαρκές διαθέσιμο υπόλοιπο τουλάχιστον μία (1) ημέρα πριν την ημερομηνία πληρωμής εκάστης δόσεως ασφαλιστρών. Σε περίπτωση μη ύπαρξης υπολοίπου η Τράπεζα δεν υποχρεούται να ενημερώσει τον εντολέα.
- Η παρούσα παύει να ισχύει μόλις γνωστοποιηθεί εγγράφως στην Τράπεζα ο θάνατος του εντολέα ή η ανάκληση της πάγιας εντολής.
- Για την εξόφληση δόσεων ασφαλιστρών με χρέωση τραπεζικού λογαριασμού τρίτου προσώπου, η εντολή υπογράφεται τόσο από τον δικαιούχο του τραπεζικού λογαριασμού, όσο και από τον υπόχρεο για την εξόφληση των ασφαλιστρών ή τον πιστούμενο πελάτη. Αντί του τελευταίου μπορεί να υπογράψει εκπρόσωπός του βάσει έγγραφης εξουσιοδότησης θεωρημένης αρμοδίως για το γνήσιο της υπογραφής του.
- Η Τράπεζα δεν ευθύνεται για τυχόν λάθη στο ποσό της χρέωσης του λογαριασμού του πελάτη, εφόσον αυτά δεν γίνονται από υπαιτιότητα της. Η ευθύνη βαρύνει αποκλειστικά την EFG EUROLIFE Α.Ε.Α.Ζ..
- Η Τράπεζα διατηρεί το δικαίωμα να κλείσει τον λογαριασμό του εντολέα εφόσον συντρέχουν νόμιμοι λόγοι προς τούτο.

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΑΝΤΙΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟ – ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟ - ΤΑ ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΑ ΜΕΛΗ						
Α/ Α			ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΑ ΜΕΛΗ			
			ΑΝΤΙ ΣΥΜΒ/ΝΟΣ	ΑΣΦ/ΝΟΣ	ΣΥΖΥΓΟΣ	ΤΕΚΝΟ 1
1	Είστε ή ήσασταν ασφαλισμένος σε άλλη ασφαλιστική εταιρία για ασφαλίσεις ζωής, ατυχημάτων ή ιατρικής περίθαλψης;					
2	Έχει απορριφθεί ποτέ ή έγινε αποδεκτή με επασφάλιστρο ή ειδικούς όρους αίτησή σας για ασφάλιση ζωής, ατυχημάτων ή ιατρικής περίθαλψης;					
3	Έχετε λάβει ποτέ αποζημίωση από οποιαδήποτε ασφαλιστική εταιρία ή φορέα για ανικανότητα από ασθένεια ή ατύχημα;					
4	Ασχολείσθε ή προτίθεσθε να ασχοληθείτε με	οδήγηση ιδιωτικού αεροπλάνου ή ανεμόπτερου;				
5		πτώση με αλεξίπτωτο;				
6		αγώνες με μηχανοκίνητα μέσα, καταδύσεις, πολεμικές τέχνες, πάλη, πυγμαχία, ορειβασία;				
7		άλλα αθλήματα ή εν γένει επικίνδυνες δραστηριότητες;				
8	Είστε αθλητής σε επαγγελματικό ή ερασιτεχνικό σωματείο;					
9	Οδηγείτε δίκυκλο;					
10	Σε ποιο Ταμείο κύριας ή επικουρικής ασφάλισης είστε ασφαλισμένος;					
11	Κάνετε χρήση οινοπνευματωδών ποτών;					
12	Καπνίζετε (αναφέρατε ημερήσια ποσότητα);					
13	Πόσο ύψος έχετε (μέτρα);					
14	Πόσο βάρος έχετε (κιλά);					
15	Υπήρξε μεταβολή του βάρους σας τα τελευταία 3 έτη;					
16	Είστε αριστεροχέραις;					
17	Έχετε προσβληθεί ποτέ ή υποφέρετε από ασθένειες	της καρδιάς ή του κυκλοφορικού συστήματος, των λεμφαδένων ή του αίματος;				
18		του αναπνευστικού συστήματος ή των πνευμόνων;				
19		του πεπτικού συστήματος;				
20		του ουροποιητικού συστήματος;				
21		των ματιών, αυτιών, του σκελετού, του δέρματος;				
22		του εγκεφάλου, του νευρικού συστήματος;				
23		ψυχικές;				
24		του ήπατος, της χοληδόχου κύστης, του παγκρέατος, των ενδοκρινών αδένων;				
25	Υποφέρετε από σακχαρώδη διαβήτη ή υπέρταση;					
26	Έχετε προσβληθεί ποτέ ή υποφέρετε από αφροδίσιο νόσημα, όγκο ή καρκίνο;					
27	Έχετε προσβληθεί από ραγάδες δακτυλίου;					
28	Είχατε ποτέ ή πάσχετε από περιεδρικό απόστημα, συρίγγιο ή κύστη κόκκυγος;					

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟΝ ΑΝΤΙΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟ - ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟ - ΤΑ ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΑ ΜΕΛΗ						
Α/ Α		ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΑ ΜΕΛΗ				
		ΑΝΤΙ ΣΥΜΒ/ΝΟΣ	ΑΣΦ/ΝΟΣ	ΣΥΖΥΓΟΣ	ΤΕΚΝΟ 1	ΤΕΚΝΟ 2
29	Είχατε ποτέ ή πάσχετε από βουβωνοκήλη, ομφαλοκήλη ή άλλες κήλες;					
30	Έχετε προσβληθεί ποτέ ή πάσχετε από γυναικολογικές παθήσεις;					
31	Είστε έγκυος (για γυναίκες);				X	X
32	Έχετε υποβληθεί (τα τελευταία 5 έτη) σε Μικροβιολογικές, ακτινολογικές ή άλλες εξετάσεις;					
33	Τα τελευταία τρία (3) έτη σας έχει συμβεί κάποιο ατύχημα;					
34	Έχετε κάποιο φυσικό ελάττωμα, ανικανότητα, αναπηρία, δυσμορφία ή συγγενή πάθηση;					
35	Νοσηλευθήκατε ποτέ για οποιαδήποτε αιτία και τότε;					
36	Έχετε υποβληθεί σε ιατρική εξέταση το τελευταίο έτος;					
37	Πήρατε ποτέ ή παίρνετε τώρα φάρμακα για οποιαδήποτε αιτία;					
38	Έχετε περάσει άλλη ασθένεια , είχατε ή έχετε άλλα ενοχλήματα με περιπτώσεις που δεν έχουν αναφερθεί σε ερωτήσεις;					

ΔΗΛΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΑΝΤΙΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΥ – ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ

Δηλώνω ότι τα στοιχεία που έδωσα στη παρούσα και με αφορούν είναι αληθινά, πλήρη και χωρίς παραλείψεις και συμφωνώ ότι τα στοιχεία αυτά, μαζί με τις ιατρικές εξετάσεις που πιθανόν να γίνουν, δύνανται να αποτελέσουν τη βάση της προτεινόμενης ασφάλισης. Με την παρούσα εξουσιοδοτώ αμετάκλητα οποιονδήποτε ιατρό ή άλλο άτομο, να δώσει στην EFG EUROLIFE A.E.A.Z. τώρα ή στο μέλλον οποιαδήποτε πληροφορία η τελευταία κρίνει αναγκαία σχετική με την υγεία μου. Συμφωνώ επίσης ότι η εξουσιοδότηση αυτή θα παραμείνει σε ισχύ για όσο διάστημα η κάλυψη που ζητώ παραμένει σε ισχύ και μετά το θάνατό μου, όσο θα υπάρχει απαίτηση που θα προκύπτει από το Ασφαλιστήριο Συμβόλαιο. Έλαβα επίσης γνώση του δικαιώματος της Εταιρίας να αρνηθεί την αίτησή μου για την τροποποίηση της ασφάλισης ή να την κάνει αποδεκτή με όρους διαφορετικούς από αυτούς που ζητούνται χωρίς υποχρέωση να δικαιολογήσει την απόφασή της.

Υπογραφή Αντισυμβαλλομένου (υπάρχοντος) Υπογραφή Νέου Αντισυμβαλλομένου

Υπογραφή Ασφαλισμένου Ημερομηνία

(εάν δεν είναι ο ίδιος)

ΔΗΛΩΣΕΙΣ ΤΟΥ ΔΙΑΜΕΣΟΛΑΒΟΥΝΤΟΣ ΣΥΝΕΡΓΑΤΗ ΤΗΣ ΕΤΑΙΡΙΑΣ

.....

Υπογραφή Συνεργάτη Ημερομηνία

Όνοματεπώνυμο