

ΑΣΦΑΛΙΣΗ ΖΩΗΣ

Αίτηση Τροποποίησης

Η αίτηση αυτή υπογράφεται από τον Συμβαλλόμενο και συνοδεύεται από ερωτηματολόγιο υγείας του Ασφαλισμένου ή εξαρτωμένου μέλους του, όπου αυτό απαιτείται. (Εάν ο Συμβαλλόμενος είναι Εταιρία, απαραίτητη είναι η σφραγίδα της)

Στοιχεία Ασφαλιστηρίου

Αριθμός Ασφαλιστηρίου: _____

Συμβαλλόμενος:

Επώνυμο:	Όνομα:	Όνομα πατρός:
Ημερ. γέννησης:	Υπηκοότητα:	Τόπος γέννησης:
Α.Δ.Τ./Διαβατηρίου:	Αρχή Έκδοσης:	Ημερ. Έκδοσης:
Α.Φ.Μ.:	Α.Μ.Κ.Α.:	Οικογενειακή κατάσταση:

Ασφαλισμένος:

Επώνυμο:	Όνομα:	Όνομα πατρός:
Ημερ. γέννησης:	Υπηκοότητα:	Τόπος γέννησης:
Α.Δ.Τ./Διαβατηρίου:	Αρχή Έκδοσης:	Ημερ. Έκδοσης:
Α.Φ.Μ.:	Α.Μ.Κ.Α.:	Οικογενειακή κατάσταση:

Αλλαγή Επαγγέλματος

Σας ενημερώνω ότι από την: _____ το επάγγελμά μου είναι:

Κατηγορία:	Κωδικός:	Ασφαλιστικό ταμείο:
Βιβλιάριο Ασθενείας; <input type="checkbox"/> Ναι <input type="checkbox"/> Όχι		<input type="checkbox"/> Άμεσα <input type="checkbox"/> Έμμεσα

Αλλαγή Τρόπου Πληρωμής

Ετήσια Εξάμηνη Μηνιαία*

*μόνο μέσω πάγιας εντολής χρέωσης τραπεζικού λογαριασμού ή μέσω πιστωτικής κάρτας

Αλλαγή Συμβαλλόμενου

Σας ενημερώνω ότι επιθυμώ Συμβαλλόμενο να είναι ο/η:

<input type="checkbox"/> Άνδρας <input type="checkbox"/> Γυναίκα <input type="checkbox"/> Εταιρία	Σχέση με τον ασφαλ.:	Κωδικός Πελάτη: _____
Επώνυμο:	Όνομα:	Όνομα πατρός:
Ημερ. γέννησης:	Υπηκοότητα:	Οικογενειακή κατάσταση:
Α.Δ.Τ./Διαβατηρίου:	Αρχή Έκδοσης:	Ημερ. Έκδοσης:
Α.Φ.Μ.:	Α.Μ.Κ.Α.:	
Κύριο επάγγελμα:		

Υπόδειγμα υπογραφής νέου Συμβαλλομένου:

(Για Ασφαλιστήριο με την παροχή ΑΠΑΣ, επισυνάψτε ερωτηματολόγιο υγείας του νέου Συμβαλλόμενου)

Αλλαγή Δικαιούχων σε περίπτωση επιβίωσης του Ασφαλισμένου

Ο ίδιος ο Ασφαλισμένος %:

Άλλοι δικαιούχοι

Ποσοστό %:

Επώνυμο:

Ημερ. γέννησης:

Α.Δ.Τ./Διαβατηρίου:

Όνομα:

Σχέση με τον ασφαλισμένο:

Α.Φ.Μ.:

Κωδικός Πελάτη: _____

Όνομα πατρός: _____

Ποσοστό %:

Επώνυμο:

Ημερ. γέννησης:

Α.Δ.Τ./Διαβατηρίου:

Όνομα:

Σχέση με τον ασφαλισμένο:

Α.Φ.Μ.:

Κωδικός Πελάτη: _____

Όνομα πατρός: _____

Ποσοστό %:

Επώνυμο:

Ημερ. γέννησης:

Α.Δ.Τ./Διαβατηρίου:

Όνομα:

Σχέση με τον ασφαλισμένο:

Α.Φ.Μ.:

Κωδικός Πελάτη: _____

Όνομα πατρός: _____

Αλλαγή Δικαιούχων σε περίπτωση θανάτου του Ασφαλισμένου

Οι νόμιμοι κληρονόμοι %:

Άλλοι δικαιούχοι

Ποσοστό %:

Επώνυμο:

Ημερ. γέννησης:

Α.Δ.Τ./Διαβατηρίου:

Όνομα:

Σχέση με τον ασφαλισμένο:

Α.Φ.Μ.:

Κωδικός Πελάτη: _____

Όνομα πατρός: _____

Ποσοστό %:

Επώνυμο:

Ημερ. γέννησης:

Α.Δ.Τ./Διαβατηρίου:

Όνομα:

Σχέση με τον ασφαλισμένο:

Α.Φ.Μ.:

Κωδικός Πελάτη: _____

Όνομα πατρός: _____

Ποσοστό %:

Επώνυμο:

Ημερ. γέννησης:

Α.Δ.Τ./Διαβατηρίου:

Όνομα:

Σχέση με τον ασφαλισμένο:

Α.Φ.Μ.:

Κωδικός Πελάτη: _____

Όνομα πατρός: _____

Διόρθωση Στοιχείων Ασφαλισμένου / Συμβαλλόμενου / Εξαρτώμενου Μέλους

Στοιχεία συζύγου

Επώνυμο:

Ημερ. γέννησης:

Α.Δ.Τ./Διαβατηρίου:

Όνομα:

Επάγγελμα:

Α.Φ.Μ.:

Κωδικός Πελάτη: _____

Όνομα πατρός: _____

Α.Μ.Κ.Α.:

Στοιχεία τέκνων

1. Άνδρας

Γυναίκα

Επώνυμο:

Όνομα:

Α.Μ.Κ.Α.:

Όνομα πατρός:

Κωδικός Πελάτη: _____

Ημερ. γέννησης: _____

2. Άνδρας

Γυναίκα

Επώνυμο:

Όνομα:

Α.Μ.Κ.Α.:

Όνομα πατρός:

Κωδικός Πελάτη: _____

Ημερ. γέννησης: _____

3. Άνδρας

Γυναίκα

Επώνυμο:

Όνομα:

Α.Μ.Κ.Α.:

Όνομα πατρός:

Κωδικός Πελάτη: _____

Ημερ. γέννησης: _____

4. Άνδρας

Γυναίκα

Επώνυμο:

Όνομα:

Α.Μ.Κ.Α.:

Όνομα πατρός:

Κωδικός Πελάτη: _____

Ημερ. γέννησης: _____

Απώλεια Ασφαλιστηρίου

Παρακαλώ όπως εκδώσετε ακριβές αντίγραφο του Ασφαλιστηρίου μου, λόγω απώλειας.

Επαναφορά Ασφαλιστηρίου σε Ισχύ

Παρακαλώ όπως επαναφερθεί σε ισχύ το Ασφαλιστήριό μου, για το οποίο καταθέτω τα οφειλόμενα ασφάλιστρα €
Χρονικής περιόδου Επισυνάψτε ερωτηματολόγιο υγείας Ασφαλισμένου και εξαρτωμένων μελών εφόσον υπάρχουν
Τρόπος κατάθεσης οφειλής μου Ημερ. κατάθεσης

Πληρωμή Ασφαλιστηρίου

Καταθέτω ασφάλιστρα € Τρόπος κατάθεσης Ημερ. κατάθεσης
και

επιθυμώ να πιστωθούν στον Λογαριασμό Επένδυσης του Ασφαλιστηρίου μου.

επιθυμώ την επανεκκίνηση πληρωμής του Ασφαλιστηρίου μου. Εφόσον οι Συμπληρωματικές Παροχές ήταν άκυρες επισυνάψτε ερωτηματολόγιο υγείας Ασφαλισμένου και εξαρτωμένων μελών εφόσον υπάρχουν.

Εφόσον οι Συμπληρωματικές Παροχές ήταν σε ισχύ σημειώστε εάν επιθυμείτε την επαναφορά της παροχής ΑΠΑ ή ΑΠΑΣ η οποία είχε ακυρωθεί.

Ναι, επιθυμώ την επαναφορά της ΑΠΑ ή ΑΠΑΣ. Επισυνάψτε ερωτηματολόγιο υγείας Ασφαλισμένου ή Συμβαλλόμενου.

Αλλαγή Βασικής Κάλυψης Ζωής

Α) Αύξηση ασφαλισμένου κεφαλαίου βασικής κάλυψης θανάτου ή Πρόσκαιρης θανάτου. Νέο ασφαλισμένο κεφάλαιο

Β) Μείωση ασφαλισμένου κεφαλαίου βασικής κάλυψης θανάτου ή Πρόσκαιρης θανάτου. Νέο ασφαλισμένο κεφάλαιο

Γ) Αύξηση διάρκειας ασφάλισης. Νέα διάρκεια ασφάλισης

Δ) Μείωση διάρκειας ασφάλισης. Νέα διάρκεια ασφάλισης

Ε) Αύξηση ετησίου ασφαλιστρού GENERALI VIVA (ΣΤΗΝ ΕΤΗΣΙΑ ΕΠΕΤΕΙΟ). Νέο ετήσιο ασφάλιστρο

ΣΤ) Μείωση ετησίου ασφαλιστρού GENERALI VIVA (ΣΤΗΝ ΕΤΗΣΙΑ ΕΠΕΤΕΙΟ). Νέο ετήσιο ασφάλιστρο

Για τις περιπτώσεις Α) και Β), παρακαλούμε επισυνάψτε ερωτηματολόγιο υγείας.

Αλλαγή Συμπληρωματικών Παροχών

Σας γνωρίζω ότι επιθυμώ να πραγματοποιηθούν οι παρακάτω μεταβολές στις Συμπληρωματικές Παροχές του Ασφαλιστηρίου μου:

Για τον κυρίως Ασφαλισμένο (Για κάθε αύξηση ή προσθήκη επισυνάψτε ερωτηματολόγιο υγείας)

Για εξαρτώμενο μέλος

Αλλαγή Επενδυτικής Επιλογής

Επιθυμώ την αλλαγή της επενδυτικής μου επιλογής σε:	Generali Stable:	Ποσοστό	%
	Generali Balanced:	Ποσοστό	%
	Generali Dynamic:	Ποσοστό	%

Η αλλαγή επιθυμώ να αφορά σε:

Α) μελλοντικές μου καταβολές.

Β) υπάρχοντα Λογαριασμό Επένδυσης.

Γ) σύνολο μελλοντικών καταβολών και υπάρχοντος Λογαριασμού Επένδυσης.

Μερική Εξαγορά Ασφαλιστηρίου Ζωής

Επιθυμώ μερική εξαγορά ποσού (ολογράφως)

σύμφωνα με τους όρους του Ασφαλιστηρίου μου, το οποίο έχω εξοφλήσει μέχρι την

Αποστέλλω συνημμένα φωτοτυπία αστυνομικής ταυτότητας Ασφαλισμένου και Συμβαλλόμενου.

Α.Φ.Μ.:

Έκτακτο Ασφαλιστήριο

Σας ενημερώνω ότι για το Ασφαλιστήριό μου, καταθέτω έκτακτο ασφάλιστρο ποσού

€

Τρόπος κατάθεσης:

Ημερομηνία κατάθεσης:

Εξαγορά Έκτακτου Ασφαλίστρου

Επιθυμώ την εξαγορά έκτακτου ασφαλίστρου ποσού

(ολογράφως)

του Ασφαλιστηρίου μου σύμφωνα με τους όρους του Ασφαλιστηρίου μου.

Αποστέλλω συνημμένα φωτοτυπία αστυνομικής ταυτότητας Ασφαλισμένου και Συμβαλλόμενου.

Α.Φ.Μ.:

Ολική/Μερική Εξαγορά Ασφαλίστρου

Επιθυμώ την εξαγορά του ασφαλίστρου ποσού

(ολογράφως)

σύμφωνα με τους όρους του Ασφαλιστηρίου μου, το οποίο έχω εξοφλήσει μέχρι την

Αποστέλλω συνημμένα φωτοτυπία αστυνομικής ταυτότητας Ασφαλισμένου και Συμβαλλόμενου.

Α.Φ.Μ.:

Παρατηρήσεις - Ιδιαίτερα Αιτήματα

Δήλωση

Ο Συμβαλλόμενος και ο Ασφαλισμένος (εάν είναι διαφορετικό πρόσωπο από τον Συμβαλλόμενο) και κάθε Δικαιούχος είναι δεν είναι υπήκοος των Ηνωμένων Πολιτειών Αμερικής που υπόκειται στην Ομοσπονδιακή Φορολογία Εισοδήματος των Η.Π.Α. Ο Συμβαλλόμενος αποδέχεται, συμφωνεί και δεσμεύεται ότι θα ενημερώσει την GENERALI HELLAS A.A.E. μέσα σε προθεσμία τριάντα (30) ημερών σε περίπτωση οποιασδήποτε μεταβολής κατά την οποίαν ο Συμβαλλόμενος ή ο Ασφαλισμένος ή κάποιος από τους Δικαιούχους γίνει υπήκοος των Ηνωμένων Πολιτειών Αμερικής που υπόκειται στην Ομοσπονδιακή Φορολογία Εισοδήματος των Η.Π.Α. ή μεταφέρει την κυριότητα του Ασφαλιστηρίου σε υπήκοο των Η.Π.Α.. Επισημαίνεται και είναι γνωστό ότι ψευδής δήλωση ή παραποίηση στοιχείων φορολογικής κατάστασης από υπήκοο Η.Π.Α. θα μπορούσε να επιφέρει κυρώσεις σύμφωνα με τη νομοθεσία των Η.Π.Α.

Σε περίπτωση καταφατικής δήλωσης πρέπει να συμπληρώσετε τα απαιτούμενα στοιχεία:

Α.Φ.Μ. (Η.Π.Α.) Ασφαλισμένου

Α.Φ.Μ. (Η.Π.Α.) Συμβαλλόμενου

Α.Φ.Μ. (Η.Π.Α.) Δικαιούχου / Δικαιούχων

Ημερομηνία:

Κωδικός Ασφαλιστικού Συμβούλου:

Υπογραφή Συμβαλλόμενου: _____

Υπογραφή Ασφαλιστικού Συμβούλου: _____



GENERALI HELLAS
Ανώνυμος Ασφαλιστική Εταιρία

Μέλος του Ομίλου Generali εγγεγραμμένη στο Μητρώο Ασφαλιστικών Ομίλων

Κεντρικά Γραφεία: Ηλία Ηλιού 35-37 & Πυθέου - 11743 Αθήνα - Τηλ: 210 80 96 400 - Φαξ: 210 80 96 367 - www.generaligr

Κεντρικά Γραφεία Β. Ελλάδος: Κουντουριώτου 11 - 54625 Θεσσαλονίκη - Τηλ.: 2310 551 144 - Φαξ: 2310 552 282