

ΕΝΤΥΠΟ ΜΕΤΑΒΟΛΩΝ / ΔΙΑΚΟΠΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΟΥ ΣΥΜΒΟΛΑΙΟΥ

ΠΡΟΣ:	
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ:	

ΟΝΟΜ/ΜΟ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ	
ΟΝΟΜ/ΜΟ ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΥ:	
ΤΗΛΕΦΩΝΟ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ:	

ΑΡΙΘΜΟΣ ΣΥΜΒΟΛΑΙΟΥ:

Παρακαλούμε όπως αναφέρετε τον αριθμό του ασφαλιστηρίου συμβολαίου σας:

ΑΡΙΘΜΟΣ ΣΥΜΒΟΛΑΙΟΥ:	
----------------------------	--

ΚΛΑΔΟΣ ΣΥΜΒΟΛΑΙΟΥ:

Παρακαλούμε όπως επιλέξετε τον κλάδο του συμβολαίου που επιθυμείτε να τροποποιήσετε ή να διακόψετε:

ΑΥΤΟΚΙΝΗΤΟΥ	<input type="checkbox"/>	ΤΕΧΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ	<input type="checkbox"/>
ΠΥΡΟΣ	<input type="checkbox"/>	ΜΕΤΑΦΟΡΩΝ	<input type="checkbox"/>
ΑΣΤΙΚΗΣ ΕΥΘΥΝΗΣ	<input type="checkbox"/>	ΣΚΑΦΩΝ	<input type="checkbox"/>
ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ	<input type="checkbox"/>	ΤΑΞΙΔΙΩΤΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ	<input type="checkbox"/>
ΥΓΕΙΑΣ	<input type="checkbox"/>	ΔΙΑΦΟΡΩΝ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ	<input type="checkbox"/>

ΜΕΤΑΤΡΟΠΗ/ ΔΙΑΚΟΠΗ:

ΜΕΙΩΣΗ ΚΕΦΑΛΑΙΩΝ	<input type="checkbox"/>	ΔΙΑΚΟΠΗ ΣΥΜΒΟΛΑΙΟΥ	<input type="checkbox"/>
ΑΥΞΗΣΗ ΚΕΦΑΛΑΙΩΝ	<input type="checkbox"/>	ΕΠΑΝΑΦΟΡΑ ΣΥΜΒΟΛΑΙΟΥ	<input type="checkbox"/>
ΑΛΛΑΓΗ ΠΑΚΕΤΟΥ	<input type="checkbox"/>	ΑΛΛΟ	<input type="checkbox"/>

ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ :

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΥ/ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΥ
