



ΑΝΩΝΥΜΟΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΕΤΑΙΡΙΑ ΓΕΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΕΙΩΝ
ΕΔΡΑ ΑΘΗΝΩΝ: Λ. ΣΥΓΓΡΟΥ 193-195 & ΧΡ. ΣΜΥΡΝΗΣ 2, 171 21 ΝΕΑ ΣΜΥΡΝΗ,
ΤΗΛ.: 210 9309500, FAX: 210 9314541 • e-mail: info@minetta.gr • URL: www.minetta.gr
Α.Φ.Μ.: 094040925, ΑΡ. Μ.Α.Ε.: 12854/05/Β/86/34 • Δ.Ο.Υ.: ΦΑΕ ΠΕΙΡΑΙΑ

MINETTA life

ΑΡ. ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΟΥ

ΑΣΦΑΛΕΙΑ
MINETTA

ΠΡΟΤΑΣΗ ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΟΥ ΖΩΗΣ | ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ/ΑΣΘΕΝΕΙΩΝ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΛΗΠΤΗ ΤΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ / ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΥ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΤΗ

Επώνυμο		Όνομα		Όνομα Πατρός	
---------	--	-------	--	--------------	--

1 ΑΛΛΑΓΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗΣ

Οδός		Αριθμός		Τ.Κ.	
Πόλη		Συνοικία		Νομός	
Η νέα διεύθυνση είναι:		Η νέα διεύθυνση να χρησιμοποιείται ως διεύθυνση αλληλογραφίας; ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐			
☐ του Λήπτη της Ασφάλισης ☐ του Ασφαλιζόμενου					

2 ΑΛΛΑΓΗ ΤΗΛΕΦΩΝΟΥ / FAX / E-MAIL

Τηλέφωνο κατοικίας		Τηλέφωνο εργασίας		Κινητό	
Fax		e-mail			
Τα νέα τηλέφωνα/fax/e-mail είναι: ☐ του Λήπτη της Ασφάλισης ☐ του Ασφαλιζόμενου					

3 ΑΛΛΑΓΗ ΤΑΜΕΙΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

Ταμείο Κοινωνικής Ασφάλισης		Αρ. Μητρώου		Βιβλιário Ασθενείας	ΝΑΙ ☐ ΟΧΙ ☐
Ονοματεπώνυμο εντασσόμενου στο νέο ταμείο					

4 ΑΛΛΑΓΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ

Νέο επάγγελμα		Αφορά στον/στην (ονοματεπώνυμο)	
---------------	--	---------------------------------	--

5 ΑΛΛΑΓΗ ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΥ ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΘΑΝΑΤΟΥ

Ονοματεπώνυμο		Σχέση με τον Ασφαλιζόμενο		Ποσοστό	
---------------	--	---------------------------	--	---------	--

6 ΕΝΤΑΞΗ ΝΕΟΥ ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΥ ΠΡΟΣΩΠΟΥ ΣΤΟ ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΟ

Παρακαλούμε να συμπληρωθεί και να υποβληθεί ΝΕΑ ΠΡΟΤΑΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ , με τη σημείωση, το νέο μέλος να ενταχθεί στο ήδη υπάρχον συμβόλαιο.					
--	--	--	--	--	--

7 ΑΦΑΙΡΕΣΗ ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΥ ΠΡΟΣΩΠΟΥ ΑΠΟ ΤΟ ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΟ

Επιθυμώ την κατάργηση, από		/		/		(ημερομηνία) της ασφάλισης του (ονοματεπώνυμο)	
----------------------------	--	---	--	---	--	--	--

8 ΚΑΤΑΡΓΗΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ ΚΑΛΥΨΕΩΝ

Επιθυμώ την κατάργηση, από		/		/		(ημερομηνία)	
των καλύψεων (καλύψεις)							
στον Ασφαλιζόμενο (ονοματεπώνυμο)							

9 ΠΡΟΣΘΗΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ ΚΑΛΥΨΕΩΝ

Επιθυμώ την προσθήκη, από		/		/		(ημερομηνία)	
των καλύψεων (καλύψεις)							
στον Ασφαλιζόμενο (ονοματεπώνυμο)							

10 ΜΕΤΑΤΡΟΠΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ ΚΑΛΥΨΕΩΝ

Επιθυμώ την μετατροπή, από							/		/		(ημερομηνία) των παρακάτω καλύψεων για τον Ασφαλιζόμενο που υποδεικνύεται:
	ΚΑΛΥΨΕΙΣ		ΚΑΛΥΨΕΙΣ		ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ						
A.	από:			σε:							
B.	από:			σε:							
Γ.	από:			σε:							

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ (ισχύει σε περίπτωση προσθήκης Νέας κάλυψης / αναβάθμισης ήδη υπάρχουσας)

Δηλώνω υπεύθυνα ότι η υγεία του ασφαλιζόμενου προσώπου:

- ☐ δεν μεταβλήθηκε από την έναρξη του ασφαλιστηρίου
☐ μεταβλήθηκε από την έναρξη του ασφαλιστηρίου ως προς το εξής:

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ: / /

Ο ΛΗΠΤΗΣ ΤΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ

(ονοματεπώνυμο)