Πρόταση Μεταβολής Ασφαλιστηρίου Λοιπών Κλάδων

INTERLIFE® ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ

1. Στοιχεία Συμβολαίου

Κλάδος Ασφάλισης			
Ονοματεπώνυμο			
Αριθμός Συμβολαίου		Αριθμός Ανανεωτηρίου	
Διάρκεια Ασφάλισης	Από:		Εώς:
Αριθμός Κυκλοφορίας			

2. Περιγραφή Μεταβολής

Παρακαλούμε όπως συμπληρώσετε πλήρως τα ανωτέρω στοιχεία και περιγράψετε με ευκρίνεια την Τροποποίηση - Μεταβολή που επιθυμείτε να πραγματοποιήσουμε. Σε περίπτωση αίτησης τροποποίησης των ασφαλιστικών καλύψεων ισχύουν τα παρακάτω: Γνωρίζω ότι στην ασφάλιση αυτή ισχύουν οι Γενικοί και Ειδικοί Όροι που μου παραδόθηκαν αλλά και των οποίων έλαβα γνώση διαβάζοντάς τους στην ιστοσελίδα της εταιρίας σας. Στους Όρους αυτούς περιλαμβάνονται και Εξαιρέσεις τις οποίες και αποδέχομαι. Με την παρούσα υποβάλλω αίτηση ασφάλισης που θα περιλαμβάνει όλους τους ανωτέρω Γενικούς και Ειδικούς Όρους ασφάλισης. Ανέγνωσα και ενημερώθηκα από το έντυπο «Ενημέρωση για την επεξεργασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα και ειδικής κατηγορίας δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα» που βρίσκεται στην ιστοσελίδα σας για το πλαίσιο που διέπει την επεξεργασία προσωπικών δεδομένων που πραγματοποιεί η Εταιρία και για τα δικαιώματα που έχω και διατηρώ ως υποκείμενο των δεδομένων (πρόσβασης, διόρθωσης, διαγραφής, περιορισμού του σκοπού, φορητότητας και εναντίωσης) και παρέχω τη συγκατάθεσή μου για την επεξεργασία τους.

Ο Ασφαλιζόμενος	**Ο Διαμεσολαβητής**	**Ο Άμεσος Διανομέας**
(Υπογραφή)	(Υπογραφή & Κωδικός)	(Υπογραφή & Κωδικός)