



UNIVERSAL LIFE

ΑΙΤΗΣΗ ΓΙΑ ΕΠΑΝΑΦΟΡΑ
ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΟΥ ΣΕ ΙΣΧΥ
ΚΑΙ ΔΗΛΩΣΗ ΚΑΛΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Ασφαλιστήριο Αρ.	
Όνοματεπώνυμο Ασφαλισμένου	
Όνοματεπώνυμο Δικαιούχου	
Διεύθυνση Αλληλογραφίας	

ΑΙΤΗΣΗ

Παρακαλώ όπως επαναφέρετε σε ισχύ το πιο πάνω Ασφαλιστήριο που ακυρώθηκε/μετατράπηκε σε αποπληρωμένο λόγω μη πληρωμής του ασφαλιστρού λήξεως

ΔΗΛΩΣΗ

1. Δηλώνω ότι καμιά αλλαγή δεν έχει συμβεί, από την ημερομηνία υποβολής της αρχικής μου πρότασης ζωής για την έκδοση του πιο πάνω Ασφαλιστηρίου, στην υγεία μου εκτός από αυτά που δηλώνονται πιο κάτω.

Ασθένεια, Εγχείρηση ή Ατύχημα, Αναλύσεις ή Ακτινογραφίες	Γιατρός	Ημερομηνία	Λεπτομέρειες Θεραπείας, Αποτέλεσμα

Για γυναίκες μόνο: Είστε έγκυος; ΝΑΙ ΟΧΙ Αν ναι πόσων μηνών

2. Δηλώνω ότι καμιά αλλαγή δεν έχει συμβεί, από την ημερομηνία υποβολής της αρχικής μου πρότασης για την έκδοση του πιο πάνω Ασφαλιστηρίου, στις συνήθειες, ασχολίες ή επάγγελμα μου που δυνατό να αυξήσουν τον κίνδυνο εκτός απ' αυτά που αναφέρονται πιο κάτω:-

ΑΛΛΑΓΗ ΣΕ ΣΥΝΗΘΕΙΕΣ /ΑΣΧΟΛΙΕΣ/ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ

3. Όλες οι δηλώσεις που αναφέρονται είναι εξ όσων κάλλιστα γνωρίζω και πιστεύω πλήρεις και αληθινές και η επαναφορά του Ασφαλιστηρίου σε ισχύ θα γίνει σύμφωνα με αυτές τις δηλώσεις και με οποιοσδήποτε άλλες πληροφορίες που δυνατό να ζητηθούν από την Universal Life.

ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΗΣΗ

Εξουσιοδοτώ οποιοδήποτε γιατρό, νοσοκομείο, κλινική, ασφαλιστική εταιρεία ή οποιοδήποτε άλλο πρόσωπο να δώσει οποιοσδήποτε πληροφορίες τις οποίες δυνατό να ζητήσει η Universal Life.

Υπογραφή Ασφαλισμένου/ων	Υπογραφή Δικαιούχου ή Εκδοχέα
Όνομα	Όνομα
Αρ. Ταυτότητας	Αρ. Ταυτότητας
Όνομα	Οργανισμός
Αρ. Ταυτότητας	

ΜΑΡΤΥΡΑΣ

Όνομα & Υπογραφή	
Ημερομηνία	
Διεύθυνση	

Για Εσωτερική Χρήση

Όροι Αποδοχής :

Ημερομηνία : Εξουσιοδοτημένος Underwriter:

Ποσό που πληρώθηκε €..... Ταμείο Αριθμός..... Ημερ.....