

Αγαπητέ/ή Ασφαλισμένε/η,

Λάβαμε το αίτημά σας για τη διακοπή του ασφαλιστηρίου σας.

Σκοπός αυτής της επικοινωνίας μας είναι να σας ενημερώσουμε ότι η διακοπή του ασφαλιστηρίου είναι πάντοτε ενάντια στα μελλοντικά σας σχέδια και σας απομακρύνει από το σκοπό για τον οποίο το αποκτήσατε. Παράλληλα, θα θέλαμε να σας προτείνουμε πιθανές εναλλακτικές επιλογές, ώστε να μη χρειασθεί να το διακόψετε.

Τι θα χάσω

Μερικές από τις ζημιές ή απώλειες που πιθανόν να υπάρξουν αν διακόψετε το ασφαλιστήριο Ζωής:

Απώλειες στην Αξία Εξαγοράς και στα Κέρδη

- Αν το ασφαλιστήριο σας είναι σχετικά νέο, τότε οι επιβαρύνσεις που επιβάλλονται είναι σημαντικές σε σχέση με την αξία εξαγοράς, η οποία στην περίπτωση αυτή είναι συνήθως μικρότερη από το σύνολο των ασφαλίσεων τα οποία έχετε καταβάλλει.
- Αν το ασφαλιστήριο σας είναι πιο παλιό ή πλησιάζει την ημερομηνία λήξης του, τότε η αξία εξαγοράς μπορεί μεν να είναι μεγαλύτερη από το σύνολο των ασφαλίσεων τα οποία έχετε καταβάλλει, αλλά χάνετε επιπρόσθετα κέρδη ή άλλα οφέλη που σας προσφέρονται μόνο στη λήξη του ασφαλιστηρίου.

Απώλειες από την αλλαγή της ηλικίας και από την πιθανή αλλαγή της κατάστασης της υγείας σας

- Ένα νέο ασφαλιστήριο που θα πάρει τη θέση του υφιστάμενου, θα γίνει σε χρόνο που η ηλικία σας θα είναι οπωσδήποτε μεγαλύτερη και η κατάσταση της υγείας σας (που είναι ένας άλλος σημαντικός παράγοντας) πιθανόν να έχει διαφοροποιηθεί.
- Τέτοιες αλλαγές έχουν ως αποτέλεσμα την αύξηση των ασφαλίσεων, για την ίδια κάλυψη ή ακόμα και την απόρριψή σας από την Εταιρία.

Τι μπορώ να κάνω

Επικοινωνήστε άμεσα με τον Ασφαλιστικό σας Σύμβουλο ή με το Τμήμα Εξυπηρέτησης Πελατών της Εταιρίας μας (τηλ.: 801 111 222 333, 210 726 8311 – 16, fax: 210 726 8121, e-mail: customerservice@axa-insurance.gr) και ενημερωθείτε αναλυτικά για τις επιλογές σας, οι οποίες εξασφαλίζουν τη διατήρηση του ασφαλιστηρίου σας και καλύπτουν την οικονομική σας ανάγκη.

Αν η οικονομική ανάγκη είναι ο λόγος ακύρωσης, τότε ενδεικτικά μπορείτε:

- Να συνάψετε δάνειο από την Αξία Εξαγοράς του ασφαλιστηρίου σας (όπου αυτό προβλέπεται)
- Να μειώσετε το ετήσιο ασφάλιστρο που καταβάλλετε
- Να μειώσετε τα ασφαλισμένα κεφάλαια
- Να αλλάξετε τις καλύψεις σας

Σε περίπτωση όμως που η απόφασή σας είναι τελική, παρακαλούμε συμπληρώστε την φόρμα διακοπής / εξαγοράς του ασφαλιστηρίου σας (βλ. πίσω σελίδα) και παραδώστε την στον Ασφαλιστικό σας Σύμβουλο ή στείλτε την απευθείας, ταχυδρομικά στην διεύθυνση: **ΑΧΑ Ασφαλιστική, Τμήμα Νέων Ατομικών Ασφαλιστηρίων Ζωής, Μιχαλακοπούλου 48, 11528 Αθήνα.**

Σας ευχαριστούμε για την προσοχή σας και παραμένουμε πάντα στη διάθεσή σας.

Με εκτίμηση,



Θωμάς Πουφινάς
Offer Director

Αίτηση προς την Ασφαλιστική Εταιρία «ΑΧΑ Ασφαλιστική Α.Ε.» για Εξαγορά Ασφαλιστηρίου

Ονομάζομαι, είμαι κάτοχος του δελτίου ταυτότητας με αριθμό, έκδοση....., ΑΦΜ:....., Συμβαλλόμενος του ασφαλιστηρίου Κλάδου Ζωής, με αριθμό και έχοντας:

(παρακαλούμε όπως συμπληρώσετε τα παρακάτω):

- | | ΝΑΙ | ΟΧΙ |
|---|--------------------------|--------------------------|
| ▪ Κατανοήσει τι ενδέχεται να απολέσω από την εξαγορά | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Μελετήσει τις εναλλακτικές επιλογές που μου προτείνονται | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Συμβουλευθεί τον Ασφαλιστικό μου Σύμβουλο ή / και το Τμήμα Εξυπηρέτησης Πελατών | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Παρακαλώ όπως προβείτε στην εξαγορά του παραπάνω ασφαλιστηρίου και αποστείλετε την επιταγή αποζημίωσης στη διεύθυνση μου όπως αναφέρεται κατωτέρω:

ΟδόςΑριθμός.....Περιοχή.....

ΤΚΠόλη.....

Παρακαλούμε όπως, πριν την υπογραφή και αποστολή της αίτησης, συμπληρώσετε το παρακάτω ερωτηματολόγιο, εξηγώντας μας τους λόγους που σας οδήγησαν στη διακοπή / εξαγορά του ασφαλιστηρίου σας.

Ποιοι λόγοι με ώθησαν σε αυτή την απόφαση

(παρακαλούμε όπως επιλέξετε μία ή περισσότερες από τις παρακάτω απαντήσεις):

- | | |
|--|--------------------------|
| ▪ Θα συνεχίσω την ασφάλιση σε άλλη εταιρία | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Η εταιρία δεν μου παρείχε επαρκή πληροφόρηση / εξυπηρέτηση | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Η αποζημίωση που έλαβα δεν με ικανοποίησε | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Δεν είχα κατανοήσει τι πρόγραμμα είχα | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Θα προβώ σε αγορά κατοικίας / αυτοκινήτου | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Οικογενειακοί / οικονομικοί λόγοι | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Ο Ασφαλιστικός Συνεργάτης δεν μου παρείχε επαρκή πληροφόρηση / εξυπηρέτηση | <input type="checkbox"/> |
| ▪ Άλλο (παρακαλώ αναφέρατε)..... | <input type="checkbox"/> |

Σημείωση:

1. Για ποσό εξαγοράς άνω των € 5.000,00 η επιταγή θα αποσταλεί με συστημένη επιστολή στην διεύθυνση που έχει δηλώσει ο συμβαλλόμενος. Ειδικά και μόνο για ποσό εξαγοράς μικρότερο των € 5.000,00, η επιταγή μπορεί να παραδοθεί στον Ασφαλιστικό σας Σύμβουλο κατόπιν εξουσιοδότησης σας (με θεώρηση γνήσιου υπογραφής από Αστυνομικό Τμήμα ή Κ.Ε.Π).
2. Σε περίπτωση εξαγοράς με αυτοπρόσωπη εμφάνιση του συμβαλλόμενου, στα κεντρικά γραφεία της Εταιρίας μας, απαιτείται η προσκόμιση της αστυνομικής ταυτότητας ή διαβατηρίου ή διπλώματος οδήγησης του συμβαλλόμενου.
3. Σε περίπτωση εξαγοράς μέσω αντιπροσώπου- πληρεξουσίου, απαιτείται η θεώρηση του γνήσιου της υπογραφής του συμβαλλόμενου στην αίτηση εξαγοράς και στην εξουσιοδότηση για την παραλαβή της επιταγής από τον/την πληρεξούσιο/α ή από Αστυνομικό Τμήμα ή από Κ.Ε.Π).

Ο/Η Αιτών/ούσα

Υπογραφή

Ημερομηνία / /.....

(Θεώρηση γνήσιου Κ.Ε.Π ή Αστυνομικό Τμήμα)

ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΗΣΗ

=====

Ο/Η κάτωθι υπογεγραμμένος/η του και της ,
κάτοικος , κάτοχος του δελτίου ταυτότητας με αριθμό του
Α.Τ..... και Α.Φ.Μ της Δ.Ο.Υ., **εξουσιοδοτώ με την
παρούσα** τον/την , κάτοικο
....., όπως παραλάβει για λογαριασμό μου από την Ανώνυμη Ασφαλιστική Εταιρεία
με την επωνυμία «ΑΧΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ Α.Ε.» που εδρεύει στην Αθήνα Μιχαλακοπούλου αρ. 48, την δίγραμμη
επιταγή που θα εκδώσει η ως άνω εταιρία εταιρεία ποσού €..... πληρωτέα σε διαταγή μου και αφορά την
αξία εξαγοράς του ασφαλιστηρίου μου με αριθ. και να δηλώσει ότι δεν έχω πλέον καμιά
απαίτηση ή αξίωση εναντίον της «ΑΧΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗΣ Α.Ε.» προερχόμενης από το ανωτέρω ασφαλιστήριο για
οποιοδήποτε λόγο και αιτία και γενικά να ενεργεί καθετί αναγκαίο για την περαίωση της ανωτέρω εντολής.

Αθήνα, .../...../2011

Ο/Η Εξουσιοδοτών/ούσα

Βεβαιώνεται το γνήσιο της υπογραφής
(ΚΕΠ ή ΑΣΤ.ΤΜΗΜΑ)