

ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΟΥ ΣΥΜΒΟΛΑΙΟΥ:

ΟΝΟΜ/ΝΥΜΟ ΣΥΝΕΡΓΑΤΗ: ΚΩΔΙΚΟΣ ΣΥΝΕΡΓΑΤΗ:

ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΣ

ΕΠΩΝΥΜΟ: ΟΝΟΜΑ: ΟΝ. ΠΑΤΡΟΣ:

ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΣ (ΛΗΠΤΗΣ ΤΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ)

ΕΠΩΝΥΜΟ: ΟΝΟΜΑ: ΗΜ. ΓΕΝ.:
ΟΝ. ΠΑΤΡΟΣ: Α.Φ.Μ.: Δ.Ο.Υ.: ΑΡ. ΤΑΥΤ.:
ΚΥΡΙΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ: ΥΠΟΓΡΑΦΗ:

ΑΛΛΑΓΗ ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΥ (ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΛΛΑΓΗΣ ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΥ ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΗ ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΠΑΛΑΙΟΥ ΚΑΙ ΝΕΟΥ ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΥ)

ΠΑΛΑΙΟΣ ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΣ

ΕΠΩΝΥΜΟ: ΟΝΟΜΑ: ΥΠΟΓΡΑΦΗ:

ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΙ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ	ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ	ΗΜ. ΓΕΝ.	ΣΧΕΣΗ	%	Α.Φ.Μ.	Δ.Ο.Υ.
1.						
2.						
3.						
4.						

ΑΛΛΑΓΗ ΟΝΟΜΑΤΟΣ (ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ ΤΟΥ ΔΕΛΤΙΟΥ ΤΑΥΤΟΤΗΤΟΣ)

ΑΛΛΑΓΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ

ΚΥΡΙΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΤΙΜΟΛΟΓΗΣΗΣ

D.W.: PROF. CLASS: DISABILITY: MORTALITY:

ΤΡΟΠΟΣ ΠΛΗΡΩΜΗΣ: ΕΤΗΣΙΟΣ ΕΞΑΜΗΝΙΑΙΟΣ ΤΡΙΜΗΝΙΑΙΟΣ ΜΗΝΙΑΙΟΣ

ΤΡΟΠΟΣ ΕΙΣΠΡΑΞΗΣ: ΤΑΧΥΠΛΗΡΩΜΗ ΕΙΣΠΡΑΚΤΟΡΑΣ ΠΙΣΤΩΤΙΚΗ ΚΑΡΤΑ ΠΑΓΙΑ ΕΝΤΟΛΗ ΤΡΑΠΕΖΗΣ

ΕΤΗΣΙΑ ΑΝΑΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗ: 0% 100% 150% 200%
ΤΟΥ ΔΕΙΚΤΗ ΤΙΜΩΝ ΚΑΤΑΝΑΛΩΤΗ

ΑΛΛΑΓΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑΣ ΒΑΣΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ **ΠΑΡΟΧΗ ΔΑΝΕΙΟΥ ΕΥΡΩ**

ΔΙΑΚΟΠΗ / ΕΞΑΓΟΡΑ ΣΥΜΒΟΛΑΙΟΥ **ΔΙΑΚΟΠΗ ΣΩΜΑΤΟΦΥΛΑΚΑ** **ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ ΣΥΜΒΟΛΑΙΟΥ**

ΑΛΛΑΓΗ ΕΠΕΝΔΥΤΙΚΗΣ ΕΠΙΛΟΓΗΣ

	ΝΑΙ	ΟΧΙ		%		%
ΥΠΑΡΧΟΝ ΧΑΡ/ΚΙΟ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ALPHA ΟΜΟΛΟΓΙΑΚΟ ΕΣΩΤΕΡΙΚΟΥ	<input type="text"/>	ALPHA US ΜΕΤΟΧΙΚΟ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΥ	<input type="text"/>
ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΑ ΑΣΦΑΛ.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ALPHA ΜΕΤΟΧΙΚΟ ΕΣΩΤΕΡΙΚΟΥ	<input type="text"/>	ALPHA ΜΙΚΤΟ ΕΣΩΤΕΡΙΚΟΥ	<input type="text"/>
			ALPHA ΟΜΟΛΟΓΙΑΚΟ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΥ	<input type="text"/>	ALPHA EUROPE ΜΕΤΟΧΙΚΟ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΥ	<input type="text"/>

ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΟΥ ΣΥΜΒΟΛΑΙΟΥ:

ΟΝΟΜ/ΝΥΜΟ ΣΥΝΕΡΓΑΤΗ: ΚΩΔΙΚΟΣ ΣΥΝΕΡΓΑΤΗ:

ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΣ

ΕΠΩΝΥΜΟ: ΟΝΟΜΑ: ΟΝ. ΠΑΤΡΟΣ:

ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΣ (ΛΗΠΤΗΣ ΤΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ)

ΕΠΩΝΥΜΟ: ΟΝΟΜΑ: ΗΜ. ΓΕΝ.:
ΟΝ. ΠΑΤΡΟΣ: Α.Φ.Μ.: Δ.Ο.Υ.: ΑΡ. ΤΑΥΤ.:
ΚΥΡΙΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ: ΥΠΟΓΡΑΦΗ:

ΑΛΛΑΓΗ ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΥ (ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΛΛΑΓΗΣ ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΥ ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΗ ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΠΑΛΑΙΟΥ ΚΑΙ ΝΕΟΥ ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΥ)

ΠΑΛΑΙΟΣ ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΣ

ΕΠΩΝΥΜΟ: ΟΝΟΜΑ: ΥΠΟΓΡΑΦΗ:

ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΙ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ	ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ	ΗΜ. ΓΕΝ.	ΣΧΕΣΗ	%	Α.Φ.Μ.	Δ.Ο.Υ.
1.						
2.						
3.						
4.						

ΑΛΛΑΓΗ ΟΝΟΜΑΤΟΣ (ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ ΤΟΥ ΔΕΛΤΙΟΥ ΤΑΥΤΟΤΗΤΟΣ)

ΑΛΛΑΓΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ

ΚΥΡΙΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΤΙΜΟΛΟΓΗΣΗΣ

D.W.: PROF. CLASS: DISABILITY: MORTALITY:

ΤΡΟΠΟΣ ΠΛΗΡΩΜΗΣ: ΕΤΗΣΙΟΣ ΕΞΑΜΗΝΙΑΙΟΣ ΤΡΙΜΗΝΙΑΙΟΣ ΜΗΝΙΑΙΟΣ

ΤΡΟΠΟΣ ΕΙΣΠΡΑΞΗΣ: ΤΑΧΥΠΛΗΡΩΜΗ ΕΙΣΠΡΑΚΤΟΡΑΣ ΠΙΣΤΩΤΙΚΗ ΚΑΡΤΑ ΠΑΓΙΑ ΕΝΤΟΛΗ ΤΡΑΠΕΖΗΣ

ΕΤΗΣΙΑ ΑΝΑΠΡΟΣΑΡΜΟΓΗ: 0% 100% 150% 200%
ΤΟΥ ΔΕΙΚΤΗ ΤΙΜΩΝ ΚΑΤΑΝΑΛΩΤΗ

ΑΛΛΑΓΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑΣ ΒΑΣΙΚΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ **ΠΑΡΟΧΗ ΔΑΝΕΙΟΥ ΕΥΡΩ**

ΔΙΑΚΟΠΗ / ΕΞΑΓΟΡΑ ΣΥΜΒΟΛΑΙΟΥ **ΔΙΑΚΟΠΗ ΣΩΜΑΤΟΦΥΛΑΚΑ** **ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ ΣΥΜΒΟΛΑΙΟΥ**

ΑΛΛΑΓΗ ΕΠΕΝΔΥΤΙΚΗΣ ΕΠΙΛΟΓΗΣ

	ΝΑΙ	ΟΧΙ		%		%
ΥΠΑΡΧΟΝ ΧΑΡ/ΚΙΟ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ALPHA ΟΜΟΛΟΓΙΑΚΟ ΕΣΩΤΕΡΙΚΟΥ	<input type="text"/>	ALPHA US ΜΕΤΟΧΙΚΟ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΥ	<input type="text"/>
ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΑ ΑΣΦΑΛ.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ALPHA ΜΕΤΟΧΙΚΟ ΕΣΩΤΕΡΙΚΟΥ	<input type="text"/>	ALPHA ΜΙΚΤΟ ΕΣΩΤΕΡΙΚΟΥ	<input type="text"/>
			ALPHA ΟΜΟΛΟΓΙΑΚΟ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΥ	<input type="text"/>	ALPHA EUROPE ΜΕΤΟΧΙΚΟ ΕΞΩΤΕΡΙΚΟΥ	<input type="text"/>

ΕΠΑΝΑΦΟΡΑ

ΔΗΛΩΝΩ ΟΤΙ Η ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΜΟΥ ΚΑΙ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΠΟΥ ΚΑΛΥΠΤΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΟ ΣΥΜΒΟΛΑΙΟ ΑΥΤΟ ΔΕΝ ΕΧΕΙ ΜΕΤΑΒΛΗΘΕΙ ΑΠΟ ΤΗΝ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΑΚΥΡΩΣΗΣ ΤΟΥ, ΚΑΘΩΣ ΕΠΙΣΗΣ ΟΥΤΕ ΕΓΩ ΟΥΤΕ ΤΑ ΚΑΛΥΠΤΟΜΕΝΑ ΠΡΟΣΩΠΑ ΕΧΟΥΜΕ ΑΣΘΕΝΗΣΕΙ Ή ΕΧΟΥΜΕ ΕΠΙΣΚΕΦΘΕΙ ΙΑΤΡΟ ΓΙΑ ΟΠΟΙΑΔΗΠΟΤΕ ΑΙΤΙΑ ΣΕ ΑΥΤΟ ΤΟ ΔΙΑΣΤΗΜΑ.

ΕΠΕΞΗΓΗΣΑΤΕ ΛΕΠΤΟΜΕΡΩΣ ΤΙΣ ΚΑΤΑΦΑΤΙΚΕΣ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΟΛΩΝ ΤΩΝ ΚΑΤΩΤΕΡΩ ΙΑΤΡΙΚΩΝ ΚΑΙ ΓΕΝΙΚΩΝ ΕΡΩΤΗΣΕΩΝ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΤΟΝ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟ, ΤΟ ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟ ΚΑΙ ΤΑ ΤΥΧΟΝ ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΑ (ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΑ) ΜΕΛΗ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ ΣΑΣ ΓΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΗ.

A. ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ

ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΣ ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΣ ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΑ ΜΕΛΗ

ΝΑΙ ΟΧΙ ΝΑΙ ΟΧΙ ΝΑΙ ΟΧΙ

1. Πόσο ύψος έχετε;..... Ποιό είναι το βάρος σας;.....
Μεταβλήθηκε το βάρος σας τους τελευταίους 12 μήνες;
2. Έχετε κάποια αναπηρία, ανικανότητα, σωματικό ελάττωμα, δυσμορφία ή συγγενή πάθηση;
3. Έχετε κάποια βλάβη ή πάθηση στα μάτια, αυτιά, μύτη ή λαιμό;
4. Κάνετε ποτέ ή κάνετε τώρα χρήση ναρκωτικών ουσιών;
5. Υποβλήθηκατε ποτέ σε θεραπεία για υπερβολική χρήση οινοπνευματωδών ποτών;
6. Έχετε ή είχατε ποτέ οποιαδήποτε πάθηση, ανωμαλία ή βλάβη στο σύνολο των οργάνων ή των συστημάτων του σώματός σας, όπως π.χ. εγκέφαλο, καρδιά, αρτηρίες, φλέβες, πνεύμονες, ήπαρ, χολή, πάγκρεας, φάρυγγα, λάρυγγα, στομάχι, οισοφάγο, δωδεκαδάκτυλο, έντερα, νεφρά, ουρητήρες, κύστη, ουρήθρα, προστάτη, ενδοκρινείς αδένες, λεμφαδένες, θυρεοειδή, υπόφυση, επινεφρίδια, δέρμα, οστά, μύες, αρθρώσεις, ιστούς ή νευρικό σύστημα;
7. **Ειδικότερα έχετε ποτέ προσβληθεί ή υποφέρετε τώρα από;**
νεόπλασμα, όγκο, καρκίνο, εγκεφαλικό, επιληψία, στηθάγχη, έμφραγμα, βαλβιδοπάθεια, αγγειοπάθεια, ρευματικό πυρετό, πίεση, διαβήτη, κίρσους, θρομβώσεις, άσθμα, βρογχίτιδα, φυματίωση, σαρκοείδωση, αποφρακτική πνευμονοπάθεια, εχινόκοκκο, γαστρορραγία, έλκος, κολίτιδα, ηπατίτιδα, χολολιθίαση, νεφρολιθίαση, νεφροπάθεια, παθήσεις αίματος, αναιμία, ερυθματώδη λύκο, ψωρίαση, ερυσίπελας, δισκοπάθεια, αυχενικό σύνδρομο ισχιαλγία, οσφυλγία, σκολίωση, αρθρίτιδες, αγκυλοποιητική σπονδυλίτιδα, οστεοπόρωση, αφροδίσια νοσήματα, κήλες, κύστες, συρίγγια, αιμορροΐδες, σκλήρυνση κατά πλάκας, λοιμώδη νοσήματα, μεταβολικές παθήσεις, γυναικολογικές παθήσεις, παχυσαρκία, κατάθλιψη, ψυχοσωματική συνδρομή ή από οποιαδήποτε άλλη πάθηση που δεν αναφέρεται ανωτέρω;
8. Είχατε ποτέ ή έχετε τώρα οποιοδήποτε από τα ακόλουθα συμπτώματα, η αιτία των οποίων δεν έχει διαγνωσθεί:
Πόνους, δύσπνοια, δυσφορία, ιλίγγους, ημικρανία, επίμονο πυρετό ή διάρροια;
9. Υποβλήθηκατε ποτέ σε ιατρική ή νοσοκομειακή περίθαλψη ή χειρουργική επέμβαση, ή υποφέρατε από οποιοδήποτε άλλες ασθένειες, ατυχήματα ή τραυματισμούς;
10. Υποβάλεσθε τώρα σε ιατρική παρακολούθηση ή υποφέρετε τώρα από οποιαδήποτε ασθένεια ή τραυματισμό;
11. Προσβλήθηκε ποτέ μέλος της οικογενείας σας (γονείς, αδέρφια) από τις ανωτέρω ασθένειες;
12. Πήρατε ποτέ ή λαμβάνετε τώρα φάρμακα για οποιαδήποτε αιτία;
13. Υποφέρατε ποτέ ή πήρατε ιατρικές συμβουλές ή υποβλήθηκατε σε θεραπεία ή τεστ (συμπεριλαμβανομένων και τεστ αίματος) για AIDS ή κατάσταση σχετική με AIDS;
14. Υποβλήθηκατε ποτέ σε έλεγχο υγείας (check-up), ή άλλες ειδικές εξετάσεις (ακτινολογικές, εργαστηριακές ή άλλης φύσεως διαγνωστικές εξετάσεις);

ΑΣΘΕΝΕΙΑ, ΕΓΧΕΙΡΙΣΗ Ή ΙΑΤΡΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ	ΟΝΟΜΑ ΚΑΙ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΙΑΤΡΟΥ, ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ Ή ΚΛΙΝΙΚΗΣ	ΟΝΟΜΑ ΑΣΘΕΝΗ	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ
.....				
.....				

Β. ΓΕΝΙΚΕΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ

ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΣ		ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΣ		ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΑ ΜΕΛΗ	
ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ

1. Ασχολείστε ή προτίθεστε να ασχοληθείτε με ορειβασία, οδήγηση ιδιωτικού αεροπλάνου, ανεμοπτερού, πτώση με αλεξίπτωτο, αγώνες μηχανοκίνητων οχημάτων, καταδύσεις με τη βοήθεια φιαλών πεπιεσμένων αερίων, με πάλη, πυγμαχία, πολεμικές τέχνες, άλλα σπορ ή άλλες επικίνδυνες δραστηριότητες; Αναφέρατε λεπτομέρειες.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

2. Οδηγείτε μοτοσικλέτα; Αναφέρατε κυβισμό.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

3. Είστε αθλητής ερασιτεχνικού ή επαγγελματικού σωματείου; Αναφέρατε λεπτομέρειες.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

4. Αναφέρατε το ασφαλιστικό σας ταμείο. Έχετε βιβλιário υγείας; Εάν ναι αναφέρατε τον αριθμό μητρώου και την ημερομηνία έναρξης ισχύος του.

α) ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΣ
β) ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΣ
γ) ΕΞΑΡΤΩΜΕΝΑ ΜΕΛΗ

5. Έχετε εκπληρώσει τις στρατιωτικές σας υποχρεώσεις; Έχετε απαλλαγεί ή πάρει αναβολή κατάταξης από τις Εν. Δυνάμεις; Αναφέρατε τους λόγους.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Προς την AXA Ασφαλιστική Α.Ε.

Αναφορικά με την επεξεργασία προσωπικών δεδομένων μου, που περιέχονται στο παρόν έγγραφο ή θα περιέλθουν στην εταιρία σας κατά τη διάρκεια της συμβατικής μας σχέσης, ο υπογράφων στο παρόν έλαβα γνώση, συμφωνώ, αποδέχομαι και δηλώνω ρητά ότι:
Α) Η Εταιρία θα τηρεί σε αρχείο στα γραφεία της, θα επεξεργάζεται και θα διαβιβάζει τα προσωπικά μου δεδομένα σε άλλα φυσικά πρόσωπα της ίδιας Εταιρίας και σε άλλα τμήματα της ίδιας Εταιρίας ή σε όποιον άλλο αποδέκτη απαιτείται εκ του νόμου, με σκοπό την υποστήριξη, προώθηση και εκτέλεση της συμβατικής μας σχέσης.
Β) Μου γνωστοποιήθηκαν τα δικαιώματά μου εκ των άρθρων 12 και 13 του ν. 2472/1997 και συγκεκριμένα, του δικαιώματός μου λήψης πληροφοριών σχετικά με όλα τα δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα που με αφορούν και του δικαιώματος προβολής αντιρρήσεων για την επεξεργασία δεδομένων που με αφορούν.

ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ / ΕΙΔΙΚΕΣ ΟΔΗΓΙΕΣ

ΔΗΛΩΝΩ ΟΤΙ ΚΑΤΑ ΤΟ ΧΡΟΝΟ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΤΗΣ ΑΙΤΗΣΗΣ ΑΥΤΗΣ ΠΑΡΕΛΑΒΑ ΕΓΓΡΑΦΟ ΜΕ ΤΙΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΠΟΥ ΠΡΟΒΛΕΠΟΝΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟ ΑΡΘΡΟ 4, ΠΑΡ. 3, ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ Δ. ΤΟΥ ΝΟΜΟΘΕΤΙΚΟΥ ΔΙΑΤΑΓΜΑΤΟΣ 400/70 ΟΠΩΣ ΑΥΤΟ ΙΣΧΥΕΙ.

ΤΟΠΟΣ/ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΥ

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΟΥ ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΥ
(ΕΦ' ΟΣΟΝ ΔΙΑΦΟΡΟΣ ΤΟΥ ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΥ)