ΚΟΣΜΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΔΗΜΟΣΙΑ ΛΤΔ
Κεντρικά Γραφεία: Λεωφόρος Γρίβα Διγενή 46, 1080 Λευκωσία
COSMOS INSURANCE COMPANY PUBLIC LTD
Head Office: 46, Griva Digeni Avenue, 1080 Nicosia

ΑΙΤΗΣΗ ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΗΣ ΣΥΜΒΟΛΑΙΟΥ NON - MOTOR / NON - MOTOR POLICY MODIFICATION FORM

Ονοματεπώνυμο Συμβαλλόμενου/ Policyholder's Full Name		Κλάδος / Policy Type	
Αριθμός Ταυτότητας ή Διαβατηρίου / Εγγραφής Εταιρείας / Identification or Passport Number / Company Registration Number		Αρ. Συμβολαίου / Policy No.	
Διεύθυνση / Address			

Εγώ, ο πιο πάνω συμβαλλόμενος αιτούμαι όπως προβείτε στις ακόλουθες τροποποιήσεις αναφορικά με το πιο πάνω συμβόλαιο : / I, the above mentioned policyholder, request for the below alterations in relation to the above mentioned insurance policy:

Παρακαλούμε επιλέξτε με (✔) την/τις αλλαγή/ές που επιθυμείτε / Please choose with a (✔) the appropriate changes:

1. Αλλαγή Διεύθυνσης Αλληλογραφίας / Change of Postal Address ☐

Σε περίπτωση αλλαγής διευθύνσης της ασφαλισμένης περιουσίας είναι υποχρεωτική η συμπλήρωση νέας πρότασης / In case of change to the address of the insured property, a new proposal form has to be completed:

Νέα Διεύθυνση/ New Address		Ταχ. Κώδικας / Postal Code	
Πόλη - Χωριό / Town - Village		Επαρχία / District	

2. Εκχώρηση Δικαιωμάτων Συμβολαίου - Ρήτρα Υποθήκης / Mortgage Clause: ☐

Είναι απαραίτητη η υπογραφή του συμβαλλόμενου και ΟΧΙ του ασφαλιστικού διαμεσολαβητή / The signature of the Policyholder is required and NOT the signature of the insurance intermediary

Ενυπόθηκος Δανειστής/ Mortgagee	

3. Αύξηση ή Μείωση Ασφαλισμένων Ποσών / Increase or Decrease of Insured Values ☐

Σε περίπτωση που το συμβόλαιο είναι εκχωρημένο σε Τραπεζικό Ίδρυμα και αιτήστε μείωση ασφαλισμένων ποσών τότε είναι απαραίτητη η προσκόμιση επιστολής έγκρισης από το Τραπεζικό Ίδρυμα αυτό. / In case that the policy has a mortgagee and the Policyholder requests a decrease of the sum insured, a written approval of the mortgagee is required.

3.1 Νέο Ασφαλισμένο Ποσό Κτιρίου / New Sum Insured of Building €

3.2 Νέο Ασφαλισμένο Ποσό Περιεχομένου / New Sum Insured of Contents €

3.3 Άλλο / Other €

4. Προσθήκη ή Αφαίρεση Ασφαλισμένων Κινδύνων / Perils Addition or Deletion: ☐

Προσθήκη Ασφαλισμένων Κινδύνων / Perils Addition: _____

_____

Αφαίρεση Ασφαλισμένων Κινδύνων / Perils Deletion: _____

_____

5. Ακύρωση Συμβολαίου / Policy Cancellation ☐

Λόγος Ακύρωσης / Cancellation Reason: _____

6. Επιπρόσθετες Πληροφορίες / Additional Information: _____

_____

Δηλώνω ότι κατανόησα πλήρως όλες τις πιο πάνω τροποποιήσεις και όλες οι πληροφορίες που δίνω είναι αληθείς και πλήρεις. Η υπογραφή της Αίτησης αυτής δεν προσφέρει οποιαδήποτε κάλυψη και δεν δεσμεύει την ΚΟΣΜΟΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΔΗΜΟΣΙΑ ΛΤΔ (ΕΤΑΙΡΕΙΑ) σε ολική ή μερική αποδοχή της. Η ΕΤΑΙΡΕΙΑ διατηρεί το δικαίωμα να διαφοροποιήσει ή να απορρίψει τις αιτούμενες τροποποιήσεις. Οι τροποποιήσεις που θα γίνουν δεκτές από την ΕΤΑΙΡΕΙΑ θα τεθούν σε ισχύ αφού εκδοθεί και παραδοθεί σε εμένα η αλλαγή και/ή ο Πίνακας Ασφαλιστηρίου και/ή το Πιστοποιητικό Ασφάλισης. / I hereby declare that I have understood all the above modifications and all the information given above is true and complete. The signature of this form does not offer any cover and does not oblige the Company in full or partial acceptance. The Company reserves the right to modify or reject the requested modifications. The amendments that will be accepted by the Company will come into force once the Policy Schedule and/or the insurance Certificate is issued and delivered to me.

Ημερομηνία / Date _____ Υπογραφή Συμβαλλόμενου / Policyholder's Signature _____

Κωδικός και Υπογραφή Ασφ. Διαμεσολαβητή / Insurance Intermediary Code and Signature: _____