

ΑΙΤΗΣΗ ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΜΗΧΑΝΟΚΙΝΗΤΟΥ ΟΧΗΜΑΤΟΣ /
MOTOR INSURANCE POLICY REQUEST FOR ALTERATION FORM

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

Εγώ, ο πιο πάνω ασφαλισμένος 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:

1. Ακύρωση Συμβολαίου / Policy Cancellation

☐

Λόγος Ακύρωσης /
Cancellation Reason: _____

2. Αντικατάσταση Οχήματος / Vehicle Substitution

☐

Στοιχεία Νέου Οχήματος / Details of the New Vehicle to be insured

Αρ. Εγγραφής ή Πλαισίου / Registration No.	Μάρκα / Make	Μοντέλο / Model	Τύπος / Type	Κυβισμός Μηχ. / Cubic Capacity	Αρ. Επιβατών (συμπ. του οδηγού) / Seating Capacity (Inc.Driver)	Χρήση/ Use	Υπολογιζόμενη Αξία Οχήματος / Proposer's Estimated Value
							€

Έχει γίνει οποιαδήποτε μετατροπή στη μηχανή ή στο αμάξωμα (body) του οχήματος; /
Has the vehicle been the subject of any modification to its engine, chassis or body?

ΝΑΙ /
YES

☐

ΟΧΙ /
NO

☐

Αν ΝΑΙ, παρακαλούμε δώστε λεπτομέρειες / If YES, please provide details: _____

3. Αντικατάσταση Οδηγού/ών / Driver(s) Replacement

☐

Όνοματεπώνυμο Νέου Οδηγού / New Driver's Full Name	Ημ. Γέννησης / Date of Birth	Αρ. Ταυτότητας / ID. Number	Ημ. Απόκτησης Αδειας Οδηγού / Date of issue of Driving License	Προηγούμενα παραπτώματα ή ατυχήματα / Previous Convictions or Claims	Επάγγελμα, ακριβής εργασία & μερική απασχόληση / Occupation, exact duties including part-time job
1.					
2.					

Έχει οποιοσδήποτε από τους οδηγούς μειωμένη όραση, ακοή ή οποιαδήποτε άλλη αναπηρία, διαβήτη, επιληψία, καρδιακό νόσημα ή άλλη σωματική ή διανοητική ασθένεια; / Do any of the named drivers listed above suffer from impaired vision and/or hearing or any other incapacity, diabetes, heart disease or any other illness, medical condition or mental disorder?

ΝΑΙ /
YES

☐

ΟΧΙ /
NO

☐

Αν ΝΑΙ, παρακαλούμε δώστε λεπτομέρειες / If YES, please provide details: _____

Να αφαιρεθούν οι πιο κάτω οδηγοί / Driver(s) to be deleted

1.	2.
----	----

Οποιοσδήποτε Οδηγός ηλικίας 25 - 75 με πέραν των 2 χρόνων άδεια /
Any driver 25 - 75 years old, holder of normal driving license over 2 years

Προσθήκη /
Addition

☐

Αφαίρεση /
Deletion

☐

4. Αυξομείωση Αξίας / Change of Value

☐

Νέα Αξία Οχήματος: / New Value: €

5. Προσθήκη Συμπληρωματικών Καλύψεων / Addition of Elective Covers

(α) Κάλυψη Πακέτου Εμπορικών Οχημάτων /
(a) Package of Commercial Vehicles

☐

(β) Κάλυψη Ανεμοθώρακα /
(b) Windscreen Cover

☐

(γ) Κάλυψη Απώλειας Χρήσης /
(c) Loss of Use

☐

6. Οποιαδήποτε άλλη αλλαγή δεν αναφέρεται πιο πάνω / Any other alteration not mentioned above: _____

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 Ασφαλισμένου / Policyholder's Signature _____