

## ΔΗΛΩΣΗ ΕΝΑΝΤΙΩΣΗΣ

(βάσει του Άρθρου 2 παραγράφου 6 του Ν.2496/1997)

### ΠΡΟΣ ΤΗΝ



Μ.Α.Ε. 18197/05/Β/88/012 • Α.Φ.Μ. 094220868 • Δ.Ο.Υ. Φ.Α.Ε. ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ • ΑΡΙΘΜΟΣ Γ.Ε.ΜΗ. 057730304000

ΕΔΡΑ:

15ο ΧΛΜ. ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ - ΠΕΡΑΙΑΣ, ΤΘ. 22402, Τ.Κ. 551 02 Τ. 2310 492.100, F. 2310 486.260

☎ 11.555

24ωρη τηλεφωνική γραμμή χωρίς χρέωση, από όλα τα κινητά τηλέφωνα για ΠΑΡΟΧΗ ΒΟΗΘΕΙΑΣ

www.intersalonika.gr • e-mail: life@intersalonika.gr

Σας δηλώνω την εναντίωσή μου ως προς τη σύναψη της ασφάλισης, με βάση το ασφαλιστήριο με αριθμ. \_\_\_\_\_ που μου παραδώσατε, επειδή:

Δεν παρέλαβα έγγραφο με τις πληροφορίες που προβλέπονται από το άρθρο 152 του Ν. 4364/2016.

Το ασφαλιστήριο, που παρέλαβα, μου παραδόθηκε χωρίς τους γενικούς και ειδικούς ασφαλιστικούς όρους.

Εσώκλειστα επιστρέφω το ασφαλιστήριο συμβόλαιο που μου χορηγήσατε.

Κατόπιν τούτου, η μεταξύ μας σύμβαση ασφάλισης είναι άκυρη από την αρχή και ουδεμία ισχύ έχει το πιο πάνω ασφαλιστήριο που μου παραδώσατε.

Σημείωση: Σύμφωνα με τον νόμο, η παρούσα υποβάλλεται εντός 14 ημερών.

Ο Δηλών / Η Δηλούσα

Ημερομηνία \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Υπογραφή)



## ΔΗΛΩΣΗ ΕΝΑΝΤΙΩΣΗΣ

(βάσει του Άρθρου 2 παραγράφου 5 του Ν.2496/1997)

### ΠΡΟΣ ΤΗΝ



Μ.Α.Ε. 18197/05/Β/88/012 • Α.Φ.Μ. 094220868 • Δ.Ο.Υ. Φ.Α.Ε. ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ • ΑΡΙΘΜΟΣ Γ.Ε.ΜΗ. 057730304000

ΕΔΡΑ:

15ο ΧΛΜ. ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ - ΠΕΡΑΙΑΣ, ΤΘ. 22402, Τ.Κ. 551 02 Τ. 2310 492.100, F. 2310 486.260

☎ 11.555

24ωρη τηλεφωνική γραμμή χωρίς χρέωση, από όλα τα κινητά τηλέφωνα για ΠΑΡΟΧΗ ΒΟΗΘΕΙΑΣ

www.intersalonika.gr • e-mail: life@intersalonika.gr

Σας δηλώνω την εναντίωσή μου ως προς τη σύναψη της ασφάλισης, με βάση το ασφαλιστήριο με αριθμ. \_\_\_\_\_ που μου παραδώσατε, επειδή το περιεχόμενο του παρεκκλίνει από την αίτηση για ασφάλιση, που σας υπέβαλα, στα εξής σημεία:

- 1 \_\_\_\_\_
- 2 \_\_\_\_\_
- 3 \_\_\_\_\_
- 4 \_\_\_\_\_
- 5 \_\_\_\_\_

Για το λόγο αυτό σας επιστρέφω το ασφαλιστήριο συμβόλαιο που μου χορηγήσατε και η μεταξύ μας σύμβαση ασφάλισης είναι άκυρη εξαρχής ως μηδέποτε γενομένη και ουδεμία ισχύ έχει το πιο πάνω ασφαλιστήριο, που μου παραδώσατε.

Σημείωση: Σύμφωνα με τον νόμο, η παρούσα υποβάλλεται εντός (1) μηνός.

Ο Δηλών / Η Δηλούσα

Ημερομηνία \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Υπογραφή)