

## ΔΗΛΩΣΗ ΕΝΑΝΤΙΩΣΗΣ

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

### ΠΡΟΣ ΤΗΝ



Μ.Α.Ε. 35079/05/Β/96/002 • Α.Φ.Μ. 094450059 • Δ.Ο.Υ. Φ.Α.Ε. ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ • ΑΡΙΘΜΟΣ Γ.Ε.ΜΗ. 057987904000

#### ΕΔΡΑ:

15ο ΧΛΜ. ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ - ΠΕΡΑΙΑΣ, ΤΘ. 22402, Τ.Κ. 551 02 Τ. 2310 492.100, F. 2310 465.219

24ωρη τηλεφωνική γραμμή χωρίς χρέωση, από όλα τα κινητά τηλέφωνα για **11.555** ΠΑΡΟΧΗ ΒΟΗΘΕΙΑΣ

www.intersalonika.gr • e-mail: company@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 150 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. 35079/05/Β/96/002 • Α.Φ.Μ. 094450059 • Δ.Ο.Υ. Φ.Α.Ε. ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ • ΑΡΙΘΜΟΣ Γ.Ε.ΜΗ. 057987904000

#### ΕΔΡΑ:

15ο ΧΛΜ. ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ - ΠΕΡΑΙΑΣ, ΤΘ. 22402, Τ.Κ. 551 02 Τ. 2310 492.100, F. 2310 465.219

24ωρη τηλεφωνική γραμμή χωρίς χρέωση, από όλα τα κινητά τηλέφωνα για **11.555** ΠΑΡΟΧΗ ΒΟΗΘΕΙΑΣ

www.intersalonika.gr • e-mail: company@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: α) Σε ότι αφορά την υποχρεωτική Ασφάλιση Αστικής Ευθύνης από την ημερομηνία παραλαβής της παραπάνω δήλωσης μου Εναντίωσης από την Εταιρία σας και β) σε ότι αφορά την ασφάλιση των Λοιπών Καλύψεων από την ημερομηνία έναρξης του ασφαλιστηρίου, το οποίο ουδεμία ισχύ έχει πλέον.

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

Ο Δηλών / Η Δηλούσα

Ημερομηνία \_\_\_\_\_

(Υπογραφή)