ΙΝΤΕΡΣΑΛΟΝΙΚΑ ΖΩΗΣ
ΑΝΩΝΥΜΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΕΤΑΙΡΙΑ ΖΩΗΣ
Μ.Α.Ε.: 18197/05/Β/88/012, Α.Φ.Μ.: 094220868, Δ.Ο.Υ.: Φ.Α.Ε. ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ
15ο ΧΛΜ. ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ - ΠΕΡΑΙΑΣ, Τ.Θ.: 22402, Τ.Κ.: 55102, ΤΗΛ. ΚΕΝΤΡΟ: 2310 492100

ΑΙΤΗΣΗ ΜΕΤΑΤΡΟΠΗΣ ΤΟΥ ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΟΥ ΥΠ' ΑΡΙΘΜ. _____

Ο υπογραφόμενος _____

Λήπτης της Ασφάλισης του ανωτέρω Ασφαλιστηρίου ζητώ να ισχύει αυτό με τις παρακάτω μεταβολές, αφού γίνουν δεκτές από την Εταιρία:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Δηλώνω υπεύθυνα ότι από την ημερομηνία που εκδόθηκε το Ασφαλιστήριο, καμμία μεταβολή δεν έχει γίνει στην κατάσταση της προσωπικής μου υγείας και της υγείας των μελών της οικογενείας μου που είναι ασφαλισμένα.
Οι δηλώσεις μου αυτές είναι πλήρεις και αληθινές και δέχομαι να αποτελέσουν τμήμα του Ασφαλιστηρίου μου.

Ημερομηνία _____

_____	_____	_____
Υπογραφή Συνεργάτη	Υπογραφή Ασφαλιζομένου	Υπογραφή Λήπτη της Ασφάλισης