

ΕΙΔΟΠΟΙΗΣΗ ΑΛΛΑΓΩΝ ΣΕ ΟΜΑΔΙΚΟ ΣΥΜΒΟΛΑΙΟ / NOTICE OF CHANGES TO GROUP POLICY

ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟΝ ΕΡΓΟΔΟΤΗ - ΚΑΤΟΧΟ ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΟΥ TO BE COMPLETED BY THE EMPLOYER-POLICY HOLDER	Αποστολή στο / Email to: groupadministration@metlife.com
Όνομα εργοδότη – κατόχου ασφαλιστηρίου: Name of policyholder:	Αρ. Συμβολαίου: Policy no:

A. ΑΛΛΑΓΗ ΣΧΕΔΙΟΥ/ΚΑΛΥΨΗΣ		A. CHANGE OF PLAN/COVER		
Πλήρες Όνομα Ασφαλισμένου Full Name Of Insured	Ταυτότητα Identity	Ημ/νία Αλλαγής Date Of Change	Σχέδιο Plan	Ασφ. Ποσό Κάλυψης Ζωής Sum Assured for Life Cover*
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
Σχόλια /Comments:				
*Σε περίπτωση που ισχύει και βάσει όρων συμβολαίου. If applicable, and based on policy terms and conditions.				

Σε περίπτωση πέραν των οκτώ αλλαγών παρακαλώ επικοινωνήστε με την εταιρεία για να σας σταλεί ειδική φόρμα σε ηλεκτρονική μορφή.
In case of more than eight changes, please contact us to send you a specific electronic data form.

B. ΤΕΡΜΑΤΙΣΜΟΙ		B. TERMINATIONS	
Πλήρες Όνομα Ασφαλισμένου Full Name Of Insured	Ταυτότητα Identity	Τελευταίας ημέρα ασφάλισης Last day of Cover	Εξαρτώμενα Πρόσωπα Dependent
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
Σχόλια /Comments:			

Σφραγίζεται και υπογράφεται εκ μέρους του **κατόχου** του συμβολαίου:
Sealed and signed on behalf of the Policy holder:

Ημερομηνία υποβολής :
Submission date: