

Δήλωση Τροποποίησης Συμβολαίου

Το έγγραφο πρέπει να εκτυπωθεί, να συμπληρωθεί και να αποσταλεί μέσω του myeurolife portal.

Εγώ ο/η υπογεγραμμένος/η

με Αριθμό Ταυτότητας, δηλώνω ότι επιθυμώ στο Ασφαλιστικό μου Συμβόλαιο με αριθμό

..... την πιο κάτω τροποποίηση:

Σημειώστε ✓ στο κατάλληλο τετραγώνκι:

☐ 1. Αλλαγή Επιμερισμού Ασφαλίστρου

Ο νέος επιμερισμός ασφαλίστρου στα Ταμεία να τροποποιηθεί ως ακολούθως:

Μικτό:%, Εισοδηματικό:%, Δυναμικό:%, Συντηρητικό:%.

Σημείωση

Γνωρίζω ότι αυτή η τροποποίηση θα εφαρμοστεί από την ημερομηνία του επόμενου οφειλόμενου ασφαλίστρου.

☐ 2. Μεταφορά Μονάδων/Αξίας από Ταμείο σε Ταμείο

☐ Μεταφορά ποσοστού% Μονάδων ή Αξίας μονάδων € από το Ταμείο Μικτό στο Ταμείο

☐ Μεταφορά ποσοστού% Μονάδων ή Αξίας μονάδων € από το Ταμείο Εισοδηματικό στο Ταμείο

☐ Μεταφορά ποσοστού% Μονάδων ή Αξίας μονάδων € από το Ταμείο Δυναμικό στο Ταμείο

☐ Μεταφορά ποσοστού% Μονάδων ή Αξίας μονάδων € από το Ταμείο Συντηρητικό στο Ταμείο

Σημείωση

Γνωρίζω ότι η τροποποίηση θα ισχύει από την ημερομηνία υποβολής του αιτήματος μου, σύμφωνα με την Τιμή Εξαργύρωσης κατά την Ημερομηνία Εκτίμησης που ακολουθεί την ημερομηνία ισχύος της Τροποποίησης.

☐ 3. Αλλαγή συχνότητας πληρωμής Ασφαλίστρου

Ανάλογα με το Βασικό Σχέδιο, το ασφάλιστρο μπορεί να πληρώνεται μηνιαία, τριμηνιαία, εξαμηνιαία, ετήσια.

☐ Από Μηνιαίο σε ☐ Από Τριμηνιαίο σε

☐ Από Εξαμηνιαίο σε ☐ Από Χρονιαίο σε

Σημείωση

Γνωρίζω ότι το αίτημα μου θα ισχύει με βάση την ημερομηνία έναρξης της σύμβασης μου.

Στην περίπτωση των Επιπρόσθετων Ωφελημάτων και των Βασικών Σχεδίων που δεν είναι συνδεδεμένα με μονάδες επένδυσης, αν το ασφάλιστρο πληρώνεται εκτός από ετήσια, υπάρχει επιπρόσθετη χρέωση στο ασφάλιστρο ύψους 5% για μηνιαία, 4% για τριμηνιαία και 2% για εξαμηνιαία ασφάλιστρα.

☐ 4. Προσθήκη/Αύξηση Ετήσιου Ποσού Υπέρβασης για το πρόγραμμα υγείας medica

Ανάλογα με την επιλογή σας το Ετήσιο Ποσό Υπέρβασης Απαιτήσεων μπορεί να είναι €500, €1.000, €2.000, €5.000, €8.000, €10.000 ή €20.000.

Το ποσό Ετήσιου Ποσού Υπέρβασης Απαιτήσεων να αυξηθεί από, σε

Σημείωση

Ημερομηνία οφειλής μεταγενέστερη της υποβολής.

- Με το πρόγραμμα υγείας medica, σε περίπτωση νοσηλείας στο εξωτερικό, το Ετήσιο Ποσό Υπέρβασης Απαιτήσεων μέχρι και €2.000 δεν θα εφαρμόζεται. Το Ετήσιο Ποσό Υπέρβασης Απαιτήσεων μεγαλύτερο από τις €2.000 θα μειώνεται κατά 50%.
- Η μείωση ποσού υπέρβασης δεν μπορεί να αιτηθεί μέσω της πλατφόρμας. Επικοινωνήστε με τον Ασφαλιστικό σας Σύμβουλο.

☐ 5. Προσθήκη/Αφαίρεση/Τροποποίηση εξωνοσοκομειακής κάλυψης, Medica Plus ή Medica Comfort

A. Medica Plus

Το πρόγραμμα προσφέρει όλα τα ωφελήματα του προγράμματος υγείας Medica, παρέχοντας παράλληλα και εξωνοσοκομειακά ωφελήματα δηλαδή κάλυψη σε ιατρικά περιστατικά που δεν χρήζουν νοσηλείας σε νοσοκομείο.

Επιλογές

Επιλογή 1 - Πλήρες Πακέτο

Επιλογή 2 - Καλύπτεται €20 αμοιβή ιατρού ανά επίσκεψη

Επιλογή 3 - Δεν καλύπτεται η αμοιβή ιατρού

☐ Να προστεθεί η επιλογή εξωνοσοκομειακής κάλυψης Medica Plus, επιλέξτε:

Επιλογή 1 ☐

Επιλογή 2 ☐

Επιλογή 3 ☐

☐ Να τροποποιηθεί από επιλογή σε επιλογή

☐ Να αφαιρεθεί η επιλογή εξωνοσοκομειακής κάλυψης Medica Plus, επιλέξτε:

Επιλογή 1 ☐

Επιλογή 2 ☐

Επιλογή 3 ☐

B. Medica Comfort

Το πρόγραμμα προσφέρει εξωνοσοκομειακά ωφελήματα, δηλαδή κάλυψη σε ιατρικά περιστατικά που δεν χρήζουν νοσηλείας σε νοσοκομείο. Ταυτόχρονα, συνδυάζεται με τα νοσοκομειακά ωφελήματα του προγράμματος υγείας Medica, παρέχοντας παράλληλα τη δυνατότητα επιλογής Ετήσιου Ποσού Υπέρβασης Απαιτήσεων στην Νοσοκομειακή Περίθαλψη.

Επιλογές

Επιλογή 1 - Καλύπτονται 5 επισκέψεις με αμοιβή ιατρού €40

Επιλογή 2 - Δεν καλύπτεται η αμοιβή ιατρού

☐ Να προστεθεί η επιλογή εξωνοσοκομειακής κάλυψης Medica Comfort, επιλέξτε:

Επιλογή 1 ☐

Επιλογή 2 ☐

☐ Να τροποποιηθεί από επιλογή σε επιλογή

☐ Να αφαιρεθεί η επιλογή εξωνοσοκομειακής κάλυψης Medica Comfort, επιλέξτε:

Επιλογή 1 ☐

Επιλογή 2 ☐

Σημείωση

Γνωρίζω ότι αυτή η τροποποίηση θα εφαρμοστεί στην επόμενη επέτειο συμβολαίου.

Για άλλες αλλαγές/τροποποιήσεις, Αφαίρεση/Μείωση κάλυψης, Μείωση ασφαλιστρου, Εξαργύρωση μονάδων κ.α., επικοινωνήστε με τον Ασφαλιστικό σας Σύμβουλο.

Επιβεβαιώνω ότι την πιο πάνω τροποποίηση που αιτούμαι την έχω συζητήσει με τον Ασφαλιστικό μου Σύμβουλο:

Ονοματεπώνυμο Ασφαλιστικού Συμβούλου:

Κωδικός Ασφαλιστικού Συμβούλου:

Υπογραφή:

Ημερομηνία: / /