

ΔΗΛΩΣΗ ΕΝΑΝΤΙΩΣΗΣ

(Άρθρο 2, Παράγραφος 5, Νόμος 2496/1997)

Προς την

Athens Insurance Brokers SA.

Ελ. Βενιζέλου 99

17123 Νέα Σμύρνη

Σας δηλώνω την εναντίωσή μου ως προς το περιεχόμενο του ασφαλιστηρίου με αριθμό που μου παραδώσατε, επειδή το περιεχόμενό του παρεκκλίνει από την αίτηση για ασφάλιση που σας υπέβαλα στα εξής σημεία:

- 1.....
- 2.....
- 3.....
- 4.....
- 5.....

Μετά από αυτό, η μεταξύ μας σύμβαση ασφάλισης είναι άκυρη εξαρχής, σαν να μην έχει ποτέ γίνει και το παραπάνω ασφαλιστήριο που μου παραδώσατε δεν έχει καμία ισχύ.

Ημερομηνία
(Ημέρα-Μήνας-Έτος)

Ο λήπτης της ασφάλισης
(Ονοματεπώνυμο-Υπογραφή)

Athens Insurance Brokers SA

Τηλέφωνο: 210 - 9323 700 | Φαξ: 210 - 9323 566, 210 - 9323 576

Διεύθυνση: Ελευθερίου Βενιζέλου 99, 171 23, Ν. Σμύρνη, Αθήνα

E-mail: info@aib.gr | Website: www.aib.gr

ΑΡ. Γ.Ε.Μ.Η.: 122655203000 | ΑΡ. ΜΗΤΡΩΟΥ ΕΠΙΜΕΛΗΤΗΡΙΟΥ: 236235