

Αριθμός 89

**Ο ΠΕΡΙ ΤΗΣ ΑΣΚΗΣΕΩΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ ΕΡΓΑΣΙΩΝ ΚΑΙ ΑΛΛΩΝ
ΣΥΝΑΦΩΝ ΘΕΜΑΤΩΝ ΝΟΜΟΣ (ΝΟΜΟΣ 35(Ι) ΤΟΥ 2002)**

Ο Έφορος Ασφαλίσεων με απόφασή του όπως προβλέπεται στο άρθρο 2 του περί της Ασκήσεως Ασφαλιστικών Εργασιών και Άλλων Συναφών Θεμάτων Νόμου του 2002, καθορίζει ότι η μορφή των τύπων που αφορούν στο δικαίωμα υπαναχώρησης για ασφαλιστήρια του Κλάδου Ζωής είναι η ακόλουθη:

**ΕΙΔΟΠΟΙΗΣΗ ΥΠΑΝΑΧΩΡΗΣΗΣ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΟ
ΤΟΥ ΚΛΑΔΟΥ ΖΩΗΣ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΟ ΑΡΘΡΟ 134 ΤΟΥ ΠΕΡΙ ΤΗΣ
ΑΣΚΗΣΕΩΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ ΕΡΓΑΣΙΩΝ ΚΑΙ ΑΛΛΩΝ
ΣΥΝΑΦΩΝ ΘΕΜΑΤΩΝ ΝΟΜΟΥ ΤΟΥ 2002**

Περίληψη της ταυτότητας της ασφαλιστικής επιχείρησης και/ή λογότυπο

ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΥΠΑΝΑΧΩΡΗΣΗΣ

(Περίληψη του ονόματος και της διεύθυνσης του τμήματος στο οποίο θα πρέπει να αποστέλλεται η παρούσα ειδοποίηση)

Βάση της σχετικής αίτησής σας η οποία έχει γίνει αποδεκτή, εκδόθηκε το ασφαλιστήριο με αριθμό *(καταχώρηση του αριθμού)* με (το όνομα της ασφαλιστικής επιχείρησης) / έχει γίνει εφάπαξ καταβολή επιπρόσθετου ασφαλιστρού.*

ΕΧΕΤΕ ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΝΑ ΥΠΑΝΑΧΩΡΗΣΕΤΕ ΜΕΣΑ ΣΕ 15 ΗΜΕΡΕΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΑΡΑΔΟΣΗ ΤΟΥ ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΟΥ / ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΑΡΑΔΟΣΗ ΤΟΥ ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΟΥ ΜΕ ΣΥΣΤΗΜΕΝΗ ΕΠΙΣΤΟΛΗ ΣΤΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΠΟΥ ΑΝΑΓΡΑΦΕΤΑΙ ΣΤΗΝ ΠΡΟΤΑΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ.**

Έχετε αντιληφθεί τι θα σας προσφέρει το ασφαλιστήριο (ή η εφάπαξ καταβολή επιπρόσθετου ασφαλιστρού);

- Πριν υπογράψετε την πρόταση ασφάλισης σας είχαν δοθεί κάποιες πολύ σημαντικές πληροφορίες περιλαμβανομένων και επεξηγήσεων για τον τρόπο λειτουργίας του σχεδίου. Τα στοιχεία αυτά απαντούν στα ερωτήματα που πιθανόν να έχετε ή υπάρχει ό,τιδήποτε άλλο σχετικό που επιθυμείτε να γνωρίζετε;
- Εάν έχει ο,τιδήποτε που εξακολουθεί να είναι ασαφές, παρακαλώ αποταθείτε στο *(να περιληφθεί το όνομα του τμήματος στο οποίο μπορεί να απευθύνεται ο ασφαλισμένος)*.
- Γνωρίζετε το επακριβές κόστος του σχεδίου; (*Ύψος ασφαλιστρού και συχνότητα πληρωμής, ποσοστό επενδυόμενου ασφαλιστρού, έξοδα διαχείρισης, τέλη ασφαλιστηρίου κλπ.)

* Διαγράφεται ότι δεν εφαρμόζεται.

** Η κάθε ασφαλιστική επιχείρηση είναι ελεύθερη να επιλέγει ένα εκ των δύο τρόπων ειδοποίησης ανάλογα με την πρακτική που ακολουθεί.

Τι πρέπει να κάνετε εάν θέλετε να προχωρήσετε με το ασφαλιστήριο (την προσθήκη):

- Αγνοήστε την παρούσα ειδοποίηση και τη συνημμένη δήλωση για τερματισμό.

Τι πρέπει να κάνετε εάν θέλετε να προχωρήσετε με τον τερματισμό:

- Αποστέλλετε τη δήλωση τερματισμού (καταχωρήστε το όνομα και τη διεύθυνση του τμήματος στο οποίο η δήλωση τερματισμού θα πρέπει να σταλεί). Η δήλωση θα πρέπει να αποσταλεί το αργότερο σε 15 ημέρες από την παράδοση του ασφαλιστηρίου / από την αποστολή του ασφαλιστηρίου με συστημένη επιστολή στη διεύθυνση που αναγράφεται στην πρόταση ασφάλισης.

Υπάρχουν οποιεσδήποτε επιβαρύνσεις σε περίπτωση υπαναχώρησης:

- Η (να περιληφθεί το όνομα της ασφαλιστικής επιχείρησης) θα σας επιστρέψει όλα τα ποσά που έχουν καταβληθεί χωρίς οποιαδήποτε χρέωση το αργότερο εντός ενός μηνός από τη λήψη της σχετικής ειδοποίησης. Σε περίπτωση κατά την οποία η ασκηθείσα υπαναχώρηση αφορά ασφαλιστήριο συνδεδεμένο με επενδυτικές μονάδες του οποίου το ασφάλιστρο συνίσταται από μια και μόνο δόση που καταβάλλεται εφάπαξ, ή την τροποποίηση ασφαλιστικής συμβάσεως που επάγεται την καταβολή ενός εφάπαξ ασφαλίστρου, επιστρέφεται το ποσό που καταβλήθηκε, αφού προηγουμένως αφαιρεθεί κάθε ζημιά που η επιχείρηση τυχόν υπέστη ως αποτέλεσμα πτωτικής διακύμανσης σε χρηματιστηριακές αγορές, ενόσω η ασφαλιστική σύμβαση τελούσε σε ισχύ. Ο τρόπος υπολογισμού του ποσού που επιστρέφεται καθορίζεται ως ακολούθως:

Ποσό που επιστρέφεται = εφάπαξ ασφάλιστρο που καταβλήθηκε \times A/B,

όπου:

A= τιμή προσφοράς κατά την ημερομηνία άσκησης του δικαιώματος για υπαναχώρηση σύμφωνα με το άρθρο 134(6) του Νόμου και

B= τιμή προσφοράς κατά την ημερομηνία κατανομής του εφάπαξ ασφαλίστρου που καταβλήθηκε.

Η μέγιστη τιμή του A/B είναι το 1.

ΔΗΛΩΣΗ ΤΕΡΜΑΤΙΣΜΟΥ

(ΝΑ ΕΠΙΣΤΡΑΦΕΙ ΜΟΝΟ ΕΑΝ ΕΠΙΘΥΜΕΙΤΕ ΝΑ ΤΕΡΜΑΤΙΣΕΤΕ ΤΟ ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΟ/ΤΗΝ ΑΥΞΗΣΗ)

Προς: *(να περιληφθεί το όνομα ασφαλιστικής επιχείρησης)*

Με την παρούσα επιθυμώ να ειδοποιήσω την επιχείρηση ότι έχω αποφασίσει να μην προχωρήσω με το ασφάλιστήριο/αύξηση στο ασφαλιστήριο και ζητώ όπως μου επιστραφούν τα ποσά που έχουν καταβληθεί σε εσάς ή στον ασφαλιστικό σας αντιπρόσωπο.

Υπογραφή

Ημερομηνία

Η Δήλωση αυτή σχετίζεται με το ασφαλιστήριο αρ.....