

**ΣΥΣΤΗΜΕΝΗ ΜΕ ΑΠΟΔΕΙΞΗ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ  
ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ (Α)**

**ΔΗΛΩΣΗ ΕΝΑΝΤΙΩΣΗΣ (ΑΡΘΡΟΥ 2 ΠΑΡΑΓΡ. 5 ΤΟΥ Ν.2496/1997)**

Σας δηλώνω την εναντίωσή μου ως προς το περιεχόμενο του με αριθμ. ....  
ασφαλιστηρίου που μου παραδώσατε διότι το περιεχόμενο του παρεκκλίνει από την αίτηση για ασφάλιση που σας  
υπέβαλα στα εξής σημεία:

.....  
.....  
.....  
.....

Κατόπιν τούτου η μεταξύ μας σύμβαση ασφάλισης είναι άκυρη εξ αρχής ως μηδέποτε γενόμενη και ουδεμία ισχύ έχει το  
πιο πάνω ασφαλιστήριο που μου παραδώσατε.

Ημερομηνία .....

Ο δηλών .....

(Υπογραφή) .....

.....

**ΣΥΣΤΗΜΕΝΗ ΜΕ ΑΠΟΔΕΙΞΗ ΠΑΡΑΛΑΒΗΣ  
ΥΠΟΔΕΙΓΜΑ (Β)**

**ΔΗΛΩΣΗ ΕΝΑΝΤΙΩΣΗΣ (ΑΡΘΡΟΥ 2 ΠΑΡΑΓΡ. 5 ΤΟΥ Ν.2496/1997)**

Σας δηλώνω την εναντίωσή μου ως προς την σύναψη της μεταξύ μας ασφάλισης δυνάμει του με αριθμ. ....  
ασφαλιστηρίου που μου παραδώσατε διότι :

- Δεν παρέλαβα έγγραφο με τις πληροφορίες που προβλέπονται από το άρθρο 150 ν.4364/2016.

- Το ασφαλιστήριο που παρέλαβα μου παραδόθηκε χωρίς γενικούς και ειδικούς ασφαλιστικούς όρους.

Κατόπιν τούτου η μεταξύ μας σύμβαση ασφάλισης είναι άκυρη εξ αρχής ως μηδέποτε γενόμενη και ουδεμία ισχύ  
έχει το πιο πάνω ασφαλιστήριο που μου παραδώσατε.

Ημερομηνία .....

Ο δηλών .....

(Υπογραφή) .....

ΣΤΟ ΠΑΡΟΝ ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΟ ΕΧΟΥΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΚΑΙ ΟΙ ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΞΕΙΣ ΤΟΥ Ν.2496/97 ΤΩΝ ΟΠΟΙΩΝ ΕΛΑΒΕ ΓΝΩΣΗ Ο ΛΗΠΤΗΣ ΤΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΗΣ ΚΑΙ ΟΙ ΟΠΟΙΕΣ ΥΠΕΡΤΕΡΟΥΝ ΤΥΧΟΝ ΑΝΤΙΘΕΤΩΝ ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΩΝ ΝΟΜΩΝ ΚΑΙ ΥΠΟΥΡΓΙΚΩΝ ΑΠΟΦΑΣΕΩΝ.

## ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ

### ΠΡΩΤΟ ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΕΝΑΝΤΙΩΣΗΣ

Ο λήπτης της ασφάλισης δικαιούται να εναντιωθεί στην ασφάλιση μέσα σε τριάντα (30) ημέρες από την ημερομηνία που παρέλαβε το ασφαλιστήριο, σε περίπτωση που το ασφαλιστήριο παρεκκλίνει της αίτησής του, αποστέλλοντας στην εταιρεία το επισυναπτόμενο έντυπο Υπόδειγμα (Α) Δήλωσης Εναντίωσης.

### ΔΕΥΤΕΡΟ ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΕΝΑΝΤΙΩΣΗΣ

Ο λήπτης της ασφάλισης δικαιούται να εναντιωθεί μέσα σε δεκατέσσερις (14) ημέρες από την ημερομηνία που παρέλαβε το ασφαλιστήριο, λόγω μη παράδοσης των πληροφοριών των προβλεπομένων από το άρθρο 150 του ν.4364/2016 (βλέπε στο τέλος της σελίδας) και/ή των Γενικών και Ειδικών Όρων που το διέπουν, αποστέλλοντας στην εταιρεία το επισυναπτόμενο έντυπο Υπόδειγμα (Β) Δήλωση Εναντίωσης.

### ΔΙΚΑΙΩΜΑ ΥΠΑΝΑΧΩΡΗΣΗΣ

Ο λήπτης της ασφάλισης δικαιούται να υπαναχωρήσει από την παρούσα σύμβαση, για οποιοδήποτε λόγο, μέσα σε 14 ημέρες από την ημερομηνία που παρέλαβε το ασφαλιστήριο, αποστέλλοντας στην εταιρεία συστημένη επιστολή.

## ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΟ ΕΝΤΥΠΟ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΩΝ ΑΡΘΡΟΥ 150 ΤΟΥ Ν.4364/2016

- I. **Επωνυμία Ασφαλιστικής Εταιρείας :** ΟΡΙΖΩΝ Α.Ε.Γ.Α.
- II. **Κράτος-μέλος και Διεύθυνση της έδρας ή του πρακτορείου ή υποκαταστήματος που εκδίδει την ασφαλιστική σύμβαση.** (άρθρο 150 του ν.4364/2016).
- III. **Εφαρμοστέο δίκαιο :** Ελληνικό  
(άρθρο 150 του ν.4364/2016)
- IV. **Τρόπος και χρόνος διευθέτησης των εγγράφων παραπόνων των ασφαλισμένων.**  
(άρθρο 150 του ν.4364/2016)

Η Εταιρεία απαντά εντός 10 (δέκα) ημερών στα παράπονα του ασφαλιζομένου.