



(συμπληρώνεται από την Εταιρεία)

Αρ. Μητρώου

Ημερομηνία \_\_\_/\_\_\_/20\_\_

## ΦΟΡΜΑ ΑΙΤΙΑΣΕΩΝ (ΠΑΡΑΠΟΝΩΝ)

(συμπληρώνεται από τον αιτώμενο)

Όνομα	
Επώνυμο	
Εταιρεία	
Χώρα	
Τηλέφωνο	
Email	
Κλάδος ασφάλισης	

Παράπονα, υποδείξεις ή θετικά σχόλια:

Ο/Η κάτωθι υπογεγραμμένος/η \_\_\_\_\_

θέτω υπόψη σας τα ακόλουθα \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Προς επιβεβαίωση των ανωτέρω, επισυνάπτω τα ακόλουθα έγγραφα:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ο/Η Αιτών/ούσα

\_\_\_\_\_