

(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