



**Φόρμα Αιτιάσεων (παραπόνων)**

**Όνομα\***

.....

**Επώνυμο\***

.....

**Εταιρεία\***

.....

**Χώρα\***

.....

**Τηλέφωνο\***

.....

**E mail\***

.....

**Κλάδος  
Ασφάλισης\*  
Αριθμός  
Συμβολαίου\***

.....

.....

.....

**Παράπονα - Υποδείξεις**

Ο/Η κάτωθι υπογεγραμμένος/η ..... θέτω υπόψη σας τα  
ακόλουθα.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

( \* ) Υποχρεωτικά πεδία

Ο/Η Αιτών/ ούσα

.....