



Φόρμα Υποβολής Παραπόνου / Αιτήματος

Παρακαλούμε συμπληρώστε τη Φόρμα με όσες το δυνατόν περισσότερες πληροφορίες.

Η συμπλήρωση των πεδίων που σημειώνονται με αστερίσκο * είναι υποχρεωτική

ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΕΣΑΣ

ΟΝΟΜΑ*		ΑΔΤ	
ΕΠΙΘΕΤΟ*		ΑΦΜ	
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ			
ΟΔΟΣ *		ΠΟΛΗ *	
ΑΡΙΘΜΟΣ*		Τ.Κ.*	
ΤΗΛΕΦΩΝΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ			
ΣΤΑΘΕΡΟ*		ΚΙΝΗΤΟ	
EMAIL			

Παρακαλούμε πείτε μας αν είστε*:

(επιλέξτε ένα από τα παρακάτω)

Πελάτης μας	<input type="checkbox"/>	
Συνεργάτης μας	<input type="checkbox"/>	
Τρίτος ζημωθείς	<input type="checkbox"/>	
Άλλο (παρακαλούμε προσδιορίστε)	<input type="checkbox"/>	

ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟ ΠΑΡΑΠΟΝΟ ΣΑΣ

Ημερομηνία Υποβολής Παραπόνου *:

Τι αφορά το παράπονό σας ;* :

(επιλέξτε ένα από τα παρακάτω)

Αίτηση Αποζημίωσης	<input type="checkbox"/>	Ασφάλιση Αστικής Ευθύνης	<input type="checkbox"/>
Ασφάλιση Αυτοκινήτου	<input type="checkbox"/>	Ασφάλιση Προσωπικού Ατυχήματος	<input type="checkbox"/>
Ασφάλιση Κατοικίας	<input type="checkbox"/>	Άλλη Ασφάλιση	<input type="checkbox"/>
Ασφάλιση Επιχείρησης	<input type="checkbox"/>	Την Εταιρεία Γενικά	<input type="checkbox"/>
Άλλο (παρακαλώ προσδιορίστε)	<input type="checkbox"/>		

Παρακαλούμε πείτε μας, αν γνωρίζετε :

Αριθμό Ασφαλιστηρίου Συμβολαίου που σχετίζεται με το παράπονό σας:	<input type="text"/>
Αριθμό Φακέλου Ζημίας που σχετίζεται με το παράπονό σας:	<input type="text"/>
Αριθμό Κυκλοφορίας Οχήματος που σχετίζεται με το παράπονό σας:	<input type="text"/>
Εμπλεκόμενα Πρόσωπα * :	Ασφαλιστικός Πράκτορας <input type="checkbox"/>
	Υπάλληλος της Υδρογείου <input type="checkbox"/>
	Πραγματογνώμων <input type="checkbox"/>
	Άλλο <input type="checkbox"/>
	Δεν γνωρίζω <input type="checkbox"/>
Αναφέρετε, αν θέλετε, τα ονόματα των εμπλεκομένων προσώπων :	<input type="text"/>

