

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 <u>ένα</u> από τα παρακάτω) ✓			

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

ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟ ΠΑΡΑΠΟΝΟ ΣΑΣ

Ημερομηνία Υποβολής Παραπόνου*:	<input type="text"/>
---------------------------------	----------------------

Τι αφορά το παράπονό σας ; * : (επιλέξτε ένα από τα παρακάτω) ✓

Αίτηση Αποζημίωσης	<input type="checkbox"/>	Ασφάλιση Γενικής Αστικής Ευθύνης	<input type="checkbox"/>	
Ασφάλιση Αυτοκινήτου	<input type="checkbox"/>	Ασφάλιση Επαγγ/κής Αστικής Ευθύνης	<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 Φακέλλου 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 Α.Ε.Γ.Α. Ασφάλεια Γ. Σιδέρης Α.Ε.	<input type="checkbox"/>
	Πραγματογνώμων	<input type="checkbox"/>
	Άλλο	<input type="checkbox"/>
	Δεν γνωρίζω	<input type="checkbox"/>

Αναφέρατε, αν θέλατε, τα ονόματα των εμπλεκομένων προσώπων :	<input type="text"/>
--	----------------------