

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΙΩΜΕΝΟΥ**

Επώνυμο/ Επωνυμία:	
Όνομα:	Όνομα πατρός:
ΑΔΤ/ Διαβατηρίου:	Τηλ. επικοινων.:
E-mail:	
Διεύθυνση:	
Επιθυμητός Τρόπος Επικοινωνίας: ΕΝΤΥΠΑ <input type="checkbox"/> ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΑ <input type="checkbox"/> ΤΗΛΕΦΩΝΙΚΑ <input type="checkbox"/>	

Κλάδος Ασφάλισης:	
Αρ. Συμβολαίου/ων:	Ασφ. Εταιρία:
Συνημμένα Έγγραφα:	

**ΣΥΝΟΠΤΙΚΗ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΑΙΤΙΑΣΗΣ**

Παρακαλούμε περιγράψτε περιληπτικά το πρόβλημά σας και επισυνάψτε κάθε σχετικό έγγραφο (εκτός του συμβολαίου). Θα αποσταλεί αποδεικτικό παραλαβής της αίτιάσής σας. Θα επικοινωνήσουμε μαζί σας το συντομότερο δυνατόν για την έκβαση της.

..... .....
--

ο/η ΑΙΤΙΩΜΕΝΟΣ / ΝΗ

Τόπος: .....

Ημερομηνία: .....

Μπορείτε να στείλετε το συμπληρωμένο έντυπο : E-mail: [complaints@anax.gr](mailto:complaints@anax.gr) / Ταχυδρομικά: Τ.Θ. 60659, Τ.Κ. 57001 FAX: 2310477478 / Παράδοση αυτοπροσώπως: Μαρίνου Αντύπα 42, 55535, Πυλαία (Περιοχή Φοίνικας)  
Μπορείτε να επικοινωνήσετε μαζί μας για περισσότερες πληροφορίες: 2310477477