

# ΦΟΡΜΑ ΑΙΤΙΑΣΕΩΝ (ΠΑΡΑΠΟΝΩΝ)

## ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΟΝΤΑΙ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΤΑΙΡΕΙΑ

Αρ. Μητρώου .....

...../...../20....

## ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΟΝΤΑΙ ΑΠΟ ΤΟΝ ΑΙΤΩΜΕΝΟ

Όνομα\*

Επώνυμο\*

Εταιρεία

Χώρα\*

Τηλέφωνο\*

E-mail\*

Κλάδος  
Ασφάλισης\*

## ΠΑΡΑΠΟΝΑ, ΥΠΟΔΕΙΞΕΙΣ Η ΘΕΤΙΚΑ ΣΧΟΛΙΑ

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

.....  
.....  
.....

Προς επιβεβαίωση των ανωτέρω επισυνάπτω τα ακόλουθα έγγραφα:

....., .....  
....., .....  
....., .....  
....., .....

(\*) Υποχρεωτικά πεδία

Ο/Η Αιτών/ούσα

.....