ΦΟΡΜΑ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΙΑΣΗΣ

Προς την,

ΕΛΥΖΕ Α.Ε. ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ ΠΡΑΚΤΟΡΩΝ ΚΑΙ ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ ΠΡΑΚΤΟΡΩΝ
Αγίας Βαρβάρας 79,
15231 Χαλάνδρι
Τηλ.2106700600, fax.2106700700
Mail: info@elysee.gr

ΘΕΜΑ: _____

Περιγραφή Αιτίασης:

Στοιχεία ασφαλισμένου: _____

Επώνυμο: _____

Όνομα: _____

Ηλεκτρονική διεύθυνση (email): _____

Τηλέφωνο: _____

Ημερομηνία υποβολής ..... Υπογραφή .....