

Προς την  
PRIME INSURANCE CO. LTD  
Υποκατάστημα Ελλάδας  
Λ. Μεσογείων 299 & Αιτωλίας 2,  
152 31, Χαλάνδρι  
Τηλ.: 212 212 7800  
Fax: 212 212 7899  
E-mail: customer@primeins.gr

**[ Αιτίαση / Δήλωση Παραπόνου ]**

**ΠΡΟΣΟΧΗ:**

Για να ληφθεί υπ όψιν η παρούσα:

- α. Θα πρέπει να είστε αντισυμβαλλόμενος ή ασφαλισμένος με ασφαλιστήριο της Εταιρίας μας ή δικαιούχος αποζημίωσης ή ζημιωθείς τρίτος, και
- β. Δεν θα αφορά σε αναγγελία απαίτησης ή αίτηση ασφαλιστικής αποζημίωσης ή παροχή πληροφοριών και διευκρινίσεων, για τα οποία θα απευθύνεστε στα αρμόδια τμήματα της Εταιρίας μας.

**1. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΙΤΙΩΜΕΝΟΥ**

Όνοματεπώνυμο αιτιώμενου: \_\_\_\_\_

Ταχυδρομική Διεύθυνση: \_\_\_\_\_

Τηλέφωνο: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Αριθμός ασφαλιστηρίου συμβολαίου: \_\_\_\_\_

**2. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΤΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ**

(Παρακαλούμε περιγράψτε με σαφήνεια το γεγονός που σας έχει προκαλέσει δυσαρέσκεια με την Εταιρία μας, τότε συνέβη, όνομα υπαλλήλου ή συνεργάτη - αν γνωρίζετε - που έχει επικοινωνήσει μαζί σας ή γνωρίζει σχετικά)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



---

---

---

---

### 3. ΑΙΤΗΜΑ ΠΡΟΣ ΤΗΝ ΕΤΑΙΡΙΑ

---

---

---

---

---

---

---

---

### 4. ΕΠΙΣΥΝΑΠΤΟΜΕΝΑ ΕΓΓΡΑΦΑ (αν υπάρχουν)

---

---

---

### 5. ΜΕΣΟ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ

(Παρακαλούμε γράψτε κατωτέρω με ποιο μέσο επιθυμείτε να σας αποσταλεί η απόδειξη παραλαβής, η απάντηση και άλλη τυχόν αλληλογραφία (ταχυδρομικά ή e-mail ή fax).

---

---

Ημερ/νία  
(Ημέρα/Μήνας/Ετος)

Υπογραφή