Φόρμα Υποβολής Παραπόνων

Τα Στοιχεία σας		
Ονοματεπώνυμο:		
Διεύθυνση:	Πόλη:	ΤΚ:
Σταθερό Τηλέφωνο:	Κινητό Τηλέφωνο:	
Email:		
ΑΦΜ:		
Αριθμός Ασφαλιστηρίου:	Ασφαλιστική Εταιρεία :	

Περιγραφή Προβλήματος
Παρακαλούμε να περιγράψετε αναλυτικά κάθε γεγονός που αφορά στο παράπονό σας, τις ημερομηνίες και τα ονοματεπώνυμα των εμπλεκομένων προσώπων.

❒ Δηλώνω ότι συναινώ ρητά και ανεπιφύλακτα στην επεξεργασία των προσωπικών μου δεδομένων από την Inchcape Insurance Μονοπρόσωπη Α.Ε. και την εμπλεκόμενη ασφαλιστική εταιρεία για τον σκοπό διαχείρισης της παρούσας διαμαρτυρίας μου.

Ημερομηνία: Υπογραφή: