

Για την υποβολή αιτίας στην εταιρία παρακαλούμε όπως επισκεφθείτε την ηλεκτρονική διεύθυνση στο διαδίκτυο <http://www.orizonins.gr/contact-us/> ή τηλεφωνήστε στο 2103227932
For submission of complaints please visit the website <http://orizonins.gr/contact-us> or call us at 2103227932

ΑΙΤΗΣΗ ΑΚΥΡΩΣΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΟΥ

ΙΣΧΥΟΝΤΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΥ/ΟΧΗΜΑΤΟΣ

ΑΣΦΑΛΙΖΟΜΕΝΟΣ _____

ΑΡ. ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΟΥ _____ ΕΝΑΡΞΗ _____ ΛΗΞΗ _____

ΑΡ. ΚΥΚΛΟΦΟΡΙΑΣ ΟΧΗΜΑΤΟΣ _____ ΧΡΗΣΗ _____

Ο κάτωθι υπογεγραμμένος/η _____

δηλώνω ότι επιθυμώ την διακοπή της ασφαλιστικής κάλυψης και την ακύρωση του ασφαλιστηρίου με τον παραπάνω αναγραφόμενο αριθμό από την ημερομηνία _____

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΑΚΥΡΩΣΗΣ

ΛΟΓΩ ΠΩΛΗΣΗΣ

ΛΟΓΩ ΑΚΙΝΗΤΟΠΟΙΗΣΗΣ/ΚΑΤΑΘΕΣΗ ΠΙΝΑΚΙΔΩΝ

ΛΟΓΩ ΚΑΤΑΣΤΡΟΦΗΣ ΟΧΗΜΑΤΟΣ

ΛΟΓΩ ΚΛΟΠΗΣ ΟΧΗΜΑΤΟΣ

ΑΛΛΟ _____

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΑΙΤΗΣΗΣ

Ο/Η ΣΥΝΕΡΓΑΤΗΣ

Ο/Η ΑΙΤΩΝ/ΟΥΣΑ ΚΑΙ ΔΗΛΩΝ/ΟΥΣΑ

.....

.....

.....