

ΕΙΔΟΠΟΙΗΣΗ ΠΛΗΡΩΜΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΩΝ

Στοιχεία Ασφαλισμένου / Λήπτη ασφάλισης

xxxxxxxxxx xxxxxxxx

xxxxxxxxxxxxxxxx xxxxxxxx

Ασφαλισμένος: xxxxxxxxxxxx xxxxxxxx

Τηλέφωνο: xxxxxxxxxxxx xxxxxxxxxxxx

Κωδικός πληρωμής: xxxxxxxxxxxxxx

Αρ. Πολυασφαλιστηρίου: xxxxxxxxxxxx

Ασφαλισμένος Κίνδυνος: xxxxxx

Ημ. Λήξης Ασφαλιστηρίου: xx/xx/xxxx (ώρα: 23:59)

Οφειλόμενα Μικτά Ασφάλιστρα: xx,xx €

Ημ. Οφειλής: **XX/XX/XXX** (ώρα: 23:59)

Διάρκεια ασφάλισης: x μήνες

Αγαπητέ/ή πελάτη/πελάτισσα,

Με την παρούσα ειδοποίηση, θα θέλαμε να σας ευχαριστήσουμε για την εμπιστοσύνη σας στον Όμιλο **INTERΣΑΛΟΝΙΚΑ** και να σας ενημερώσουμε ότι το ασφαλιστήριο συμβόλαιό σας με τα παραπάνω στοιχεία λήγει την παραπάνω αναφερόμενη ημερομηνία.