

Παραλήφθηκε την \_\_\_\_\_

(συμπληρώνεται από την εταιρία)

Υπογραφή και όνομα υπαλλήλου \_\_\_\_\_

(συμπληρώνεται από την εταιρία)

### ΕΝΤΥΠΟ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΙΑΣΕΩΣ

Ο/Η κάτωθι υπογράφων/ουσα \_\_\_\_\_ (όνομα) \_\_\_\_\_ (επώνυμο),  
του \_\_\_\_\_ και της \_\_\_\_\_, κάτοικος \_\_\_\_\_ (πόλη),  
\_\_\_\_\_ (οδός) \_\_\_\_\_ (αριθμός) Τ.Κ. \_\_\_\_\_,  
με Α.Φ.Μ. \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ (τηλέφωνο) και  
\_\_\_\_\_ (e-mail) υποβάλλω την παρούσα αίτηση.

Επισυνάπτω στην παρούσα αίτησή μου, επικυρωμένο αντίγραφο του Δελτίου  
Αστυνομικής μου Ταυτότητας ή του Διαβατηρίου μου, προκειμένου η εταιρεία σας να  
προβεί σε ταυτοποίηση των στοιχείων μου.

Επίσης επιβεβαιώνω ότι οι πληροφορίες που παρέχω μέσω της παρούσας αίτησης είναι  
αληθείς και ακριβείς και ότι είμαι το υποκείμενο στο οποίο αφορούν τα ως άνω  
προσωπικά δεδομένα.

Είμαι  Πελάτης  Συνεργάτης  Τρίτος ή

Έχω άλλη ιδιότητα (παρακαλώ διευκρινίστε \_\_\_\_\_)

Η αιτίασή μου αφορά:

Αριθμός Ασφαλιστηρίου Συμβολαίου \_\_\_\_\_

Αριθμός Φακέλου Ζημιάς (Εφόσον το γνωρίζετε) \_\_\_\_\_

Θα ήθελα να σας ενημερώσω ότι \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (λεπτομερής περιγραφή αιτίας)

Σας προσκομίζω συνημμένα στην παρούσα τα εξής έγγραφα:

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

Ο/Η Υποβάλων/ουσα την αίτηση

Τόπος \_\_\_\_\_

Υπογραφή

Ημερομηνία \_\_\_\_\_

Σας ενημερώνουμε ότι: Η εταιρεία μας υιοθετεί και εφαρμόζει Πολιτική Διαχείρισης Αιτιάσεων με σκοπό την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών προς τους πελάτες της και τους συνεργάτες της αλλά και με σκοπό την πλήρη της συμμόρφωση με το ισχύον νομικό και κανονιστικό πλαίσιο. Με την Πολιτική αυτή η Εταιρεία μας διασφαλίζει ότι οι αιτιάσεις αντιμετωπίζονται με δίκαιη, ουσιαστική και αντικειμενική διερεύνηση με γνώμονα την καλή πίστη, μέσω της συγκέντρωσης και επεξεργασίας κάθε συναφούς στοιχείου και πληροφορίας, ενώ τυχόν αναφερόμενες συγκρούσεις συμφερόντων πρέπει να εντοπίζονται και να καταπολεμούνται αποτελεσματικά.

Έχουμε ορίσει ως Υπεύθυνο του Τμήματος Διαχείρισης αιτιάσεων τον κ. **Αθανάσιο Κόππη**.

Ο Υπεύθυνος του Τμήματος Διαχείρισης Αιτιάσεων θα επικοινωνήσει μαζί σας αν χρειαστεί να μας προσκομίσετε συμπληρωματικά έγγραφα ή να μας χορηγήσετε επιπλέον πληροφορίες.

Βέβαια είμαστε πάντα στη διάθεσή σας για οποιοδήποτε ερώτημά σας ή πληροφορία.

Θα σας απαντήσουμε το συντομότερο δυνατό και αφού προβούμε σε ενδελεχή και αντικειμενικό έλεγχο της αιτίασής σας και λάβουμε και εξηγήσεις από το αρμόδιο τμήμα της εταιρείας. Σε κάθε περίπτωση την απάντησή μας θα την λάβετε εντός των επομένων πενήντα (50) ημερολογιακών ημερών από την ημερομηνία υποβολής της αιτίασής σας.

Θα πρέπει να γνωρίζετε όμως ότι **η ενεργοποίηση του μηχανισμού αιτιάσεων δεν διακόπτει την παραγραφή των εννόμων αξιώσεών σας.**

Επικοινωνία:

1. Με mail: [info@connect-insurance.gr](mailto:info@connect-insurance.gr)
2. Ταχυδρομικώς υπόψη: Υπευθύνου Διαχείρισης Αιτιάσεων, Connect Insurance Services IKE, Επταπυργίου 84, Συκιές Θεσσαλονίκης, 56626

Σε κάθε περίπτωση υποβολής καταγγελίας ή εξώδικης επίλυσης διαφορών μπορείτε να απευθυνθείτε:

Τράπεζα της Ελλάδος Διεύθυνση Εποπτείας Ιδιωτικής Ασφάλισης Ελ. Βενιζέλου 21, ΤΚ102 50 Αθήνα Τηλ.: 210 3205222, 210 3205223 Fax: 210 3205437-8

Γενική Γραμματεία Καταναλωτή Πλ. Κάνιγγος, ΤΚ101 81, Αθήνα Τηλ.: 1520 Fax: 210 3843549

Συνήγορος του Καταναλωτή Λ. Αλεξάνδρας 144, ΤΚ114 71, Αθήνα Τηλ.: 210 6460862, 210 6460814, 210 6460612, 210 6460734, 210 6460458 Fax: 210 6460414