



ISO

## ΦΟΡΜΑ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΙΑΣΕΩΣ (ΠΑΡΑΠΟΝΟΥ)

### Προσωπικά Στοιχεία:

Όνομα:
Επώνυμο:
Όνομα Πατρός:
Ημερομηνία Γέννησης:

### Στοιχεία Επικοινωνίας:

Τηλέφωνο:
Email:
FAX:
Οδός-αριθμ.:
T.K.:

Προκειμένου η Εταιρεία «I.SOLUTIONS ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΚΕΦΑΛΑΙΟΥΧΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ ΠΡΑΚΤΟΡΕΥΣΕΩΝ & ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΩΝ ΠΡΑΚΤΟΡΩΝ » και τον διακριτικό τίτλο «I.SO ΙΚΕ» που εδρεύει στη Ν. Σμύρνη Αττικής, οδός Ελ. Βενιζέλου αριθμ.25, με Α.Φ.Μ.800786092 της Δ.Ο.Υ. Ν.Σμύρνης να προβεί, σε ταυτοποίηση των στοιχείων μου, επισυνάπτω στην παρούσα αίτηση επικυρωμένο αντίγραφο του Δελτίου Αστυνομικής μου Ταυτότητας ή του Διαβατηρίου μου. 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.

Παραλήφθηκε την \_\_\_\_\_<sup>1</sup>

Υπογραφή και όνομα υπαλλήλου \_\_\_\_\_<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Συμπληρώνεται από την εταιρεία

<sup>2</sup> Συμπληρώνεται από την εταιρεία

Παρακαλώ αναφέρετε την ιδιότητα σας:

Πελάτης

Συνεργάτης

Τρίτος

Άλλη  (παρακαλώ διευκρινίστε \_\_\_\_\_)

Στοιχεία που αφορούν την αιτίαση:

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

### **ΛΕΠΤΟΜΕΡΗΣ ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΑΙΤΙΑΣΕΩΣ**

(αν δεν αρκεί το παρακάτω διάστημα, παρακαλώ συνεχίστε σε άλλη σελίδα):


### **ΕΠΙΣΥΝΑΠΤΟΜΕΝΑ ΕΓΓΡΑΦΑ:**

1.
2.
3.
4.

Σας ευχαριστούμε που μας γνωστοποιήσατε το πρόβλημα μας και μας παρέχετε τη δυνατότητα διερεύνησης τους και εύρεσης λύσης.

Ο/Η Υποβάλων/ουσα την αιτίαση

Τόπος .....

Υπογραφή

Ημερομηνία .....

Με σκοπό την καλύτερη δυνατή εξυπηρέτηση των πελατών και συνεργατών μας, αλλά και με σκοπό την βελτίωση των παρεχόμενων από εμάς υπηρεσιών η εταιρεία μας εφαρμόζει Πολιτική Διαχείρισης Αιτιάσεων, η οποία διασφαλίζει την αμερόληπτη, ουσιαστική και αντικειμενική διερεύνηση και επίλυση –όπου δυνατόν- των αιτιάσεων σας.

Μπορείτε να συμπληρώσετε και να μας αποστείλετε το υπογεγραμμένο το έντυπο στα γραφεία μας στην διεύθυνση Ν. Σμύρνη Αττικής, οδός Ελ. Βενιζέλου αριθμ.25 υπόψη κ ....., Υπεύθυν... Τμήματος Αιτιάσεων, ή στην ηλεκτρονική διεύθυνση .....

Η εταιρεία μας θα σας γνωστοποιήσει το πρόσωπο που θα χειριστεί την αιτίαση σας εντός προθεσμίας τριών (3) ημερών. Το ίδιο αυτό πρόσωπο θα επικοινωνήσει μαζί σας αν χρειαστεί να μας προσκομίσετε συμπληρωματικά έγγραφα ή να μας χορηγήσετε επιπλέον πληροφορίες. Σε κάθε περίπτωση μην διστάσετε για οποιοδήποτε ερώτημα σας ή πληροφορία που επιθυμείτε να επικοινωνήσετε μαζί μας. Αφού προβούμε σε ενδελεχή και αντικειμενικό έλεγχο της αιτίασης σας και λάβουμε και εξηγήσεις από το αρμόδιο τμήμα της εταιρείας, θα σας απαντήσουμε το συντομότερο δυνατό. Σε κάθε περίπτωση την απάντηση 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.**

**Σε κάθε περίπτωση μπορείτε να απευθυνθείτε:**

Τράπεζα της Ελλάδος:

Διεύθυνση Εποπτείας Ιδιωτικής Ασφάλισης

Ελ. Βενιζέλου 21, 102 50 Αθήνα

Τηλ.: 210 3205222, 210 3205223

Fax: 210 3205437-8

Email: [dep.insurancesupervision@bankofgreece.gr](mailto:dep.insurancesupervision@bankofgreece.gr)

Γενική Γραμματεία Καταναλωτή:

Πλ. Κάνιγγος, 101 81, Αθήνα

Τηλ.: 1520

Fax: 210 38 29 640 – 210 33 02 708 – 210 38 43 549

Email: [info@efpolis.gr](mailto:info@efpolis.gr)

Συνήγορος του Καταναλωτή:

Λ. Αλεξάνδρας 144, 114 71, Αθήνα

Τηλ.: 210 6460862, 210 6460814, 210 6460612, 210 6460734, 210 6460458

Fax: 210 6460414

Email:

[grammateia@synigoroskatanaloti.gr](mailto:grammateia@synigoroskatanaloti.gr) - Κεντρική Γραμματεία Συνηγόρου του Καταναλωτή

[grama@synigoroskatanaloti.gr](mailto:grama@synigoroskatanaloti.gr)- Γραμματεία Αναπληρωτή Συνηγόρου του Καταναλωτή

[gramb@synigoroskatanaloti.gr](mailto:gramb@synigoroskatanaloti.gr) Γραμματεία Βοηθού Συνηγόρου του  
Καταναλωτή