

**ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΙΑΣΕΩΝ (Παραπόνων)**

Απόφαση 122/3/15-12-2014 της ΤΕ (ΦΕΚ Β 533)

Στην Sfakianakis Insurance S.A αποστολή μας είναι να παρέχουμε ολοκληρωμένη εξυπηρέτηση συμβουλευτικών και ασφαλιστικών υπηρεσιών. Εάν παρ'όλ'αυτά θεωρείτε πως δεν έχει εξυπηρετηθεί σωστά η περίπτωση σας από την Εταιρεία μας, τότε μπορείτε να υποβάλετε αιτίαση / παράπονο.

**Τι θεωρείται αιτίαση:** Η δήλωση δυσαρέσκειας που απευθύνει το πρόσωπο που γίνεται αποδέκτης των υπηρεσιών του ασφαλιστικού διαμεσολαβητή. Αιτίαση δεν θεωρείται απαίτηση αποζημίωσης αλλά ούτε απλά ζητήματα (πληροφοριών ή διευκρινίσεων) που σχετίζονται με τις παροχές του ασφαλιστηρίου.

**Ποιος θεωρείται αιτιώμενος:** Το πρόσωπο που υπόβαλε την αιτίαση. Αυτό μπορεί να είναι ο ασφαλισμένος, ο δικαιούχος αποζημίωσης ή και ο ζημιωθείς τρίτος.

**Διαδικασία υποβολής αίτησης:** Η αιτίαση αποστέλλεται ταχυδρομικά ή με e-mail ή με Fax ή μέσω ηλεκτρονικής ιστοσελίδας:

Sfakianakis Insurance S.A  
Σιδηροκάστρου 5-7,  
118 55, Βοτανικός, Αθήνα.

FAX: 21034 69 070

Email: [insbrk@sfakianakis.gr](mailto:insbrk@sfakianakis.gr)

Site: [www.sfakianakisinsurance.gr](http://www.sfakianakisinsurance.gr) , Ενότητα : «Επικοινωνία».

Στην αιτίαση είναι απαραίτητα να κοινοποιήσετε:

- Ονοματεπώνυμο, όνομα Πατρός, Ημερομηνία Γέννησης, Τηλέφωνο επικοινωνίας
- Αριθμό Ασφαλιστηρίου ή Αίτησης, Κλάδος ασφάλισης, Σχέση με το συμβόλαιο (ασφαλισμένος, μέλος κλπ.)
- Περιγραφή προβλήματος με σαφήνεια και επισυναπτόμενα έγγραφα (εφόσον υπάρχουν)
- Τρόπος απάντησης της αιτίας (τηλεφωνικά, email κ.λ.π.)

**Πολιτική Διαχείρισης Αιτίας από την Sfakianakis Insurance S.A :** Αμέσως μετά την υποβολή της αιτίας θα ενημερωθείτε για την παραλαβή της με αριθμό Πρωτοκόλλου, το στοιχείο επικοινωνίας του ατόμου ή του τμήματος που θα χειριστεί την αιτίαση. Σε διάστημα λιγότερο από 50 ημέρες θα λάβετε απάντηση για την εταιρεία μας μέσω του τρόπου που μας έχετε υποδείξει.

**Χρήσιμες πληροφορίες:**

Παράλληλα μπορείτε να κοινοποιήσετε την αιτίασή σας στις εξής Αρχές :

Τράπεζα της Ελλάδος : **Διεύθυνση Εποπτείας Ιδιωτικής Ασφάλισης (Δ.Ε.Ι.Α.)**

Ταχυδρομική διεύθυνση : Ελ Βενιζέλου 21, 10250, Αθήνα

Τηλ. 210 320 1111

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

Συνήγορος Καταναλωτή: Ταχυδρομική Διεύθυνση : 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

Γενική Γραμματεία Καταναλωτή: Ταχυδρομική Διεύθυνση: Πλ. Κάνιγγος, Τ.Κ.: 10181 Αθήνα Τηλ.: 210 3825790,  
Fax 210 3843120, Email : [public@mnec.gr](mailto:public@mnec.gr)

**ΦΟΡΜΑ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΙΤΙΑΣΕΩΝ (Παραπόνων)**  
Απόφαση 122/3/15 -12- 2014 της ΤΕ (ΦΕΚ Β 533)

**ΠΡΟΣΩΠΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ**

Όνοματεπώνυμο: \_\_\_\_\_

Όνομα Πατρός : \_\_\_\_\_

ΑΦΜ: \_\_\_\_\_ ΑΔΤ : \_\_\_\_\_

Διεύθυνση : \_\_\_\_\_ Αριθμός : \_\_\_\_\_ ΤΚ : \_\_\_\_\_ Πόλη : \_\_\_\_\_

Τηλέφωνο : \_\_\_\_\_ E-mail : \_\_\_\_\_

Αριθμός Ασφαλιστηρίου : \_\_\_\_\_ Κλάδος : \_\_\_\_\_

Σχέση με το Ασφαλιστήριο : \_\_\_\_\_

**ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΟΣ**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**ΕΠΙΣΥΝΑΠΤΟΜΕΝΑ ΕΓΓΡΑΦΑ ( - εφόσον υπάρχουν - αναφέρετε επιγραμματικά )**

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ο δηλών / Η δηλούσα

\_\_\_\_\_  
Τόπος

\_\_\_\_\_  
Ημερομηνία