



1. ΤΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΑΣ

Επώνυμο:

Όνομα:

Πατρώνυμο:

Διεύθυνση:

e-mail:

Τηλέφωνο

Σταθερό:

Κινητό:

Fax:

Παρακαλούμε δηλώστε τον τρόπο που επιθυμείτε ο Συνεταιρισμός να αποστέλλει τις συναφείς πληροφορίες συμπληρώνοντας αναλόγως τα πεδία και σημειώνοντας με **x** τις προτιμήσεις σας:

<input type="checkbox"/> Επιθυμώ στην ακόλουθη διεύθυνση:		<input type="checkbox"/> Δεν επιθυμώ
<input type="checkbox"/> Επιθυμώ στην ακόλουθη ηλεκτρονική διεύθυνση (email):		<input type="checkbox"/> Δεν επιθυμώ
<input type="checkbox"/> Επιθυμώ να τα παραλαμβάνω από τα γραφεία του Συνεταιρισμού και ο Συνεταιρισμός θα με ειδοποιεί μέσω της ακόλουθης ηλεκτρονικής διεύθυνσης (email)::		<input type="checkbox"/> Δεν επιθυμώ

Σε περίπτωση που επιθυμείτε να εξουσιοδοτήσετε τρίτο πρόσωπο για τη διεκπεραίωση της διαδικασίας, παρακαλούμε συμπληρώσετε τα ακόλουθα πεδία:

Επώνυμο:

Όνομα:

Πατρώνυμο:

Διεύθυνση:

email:

Τηλέφωνο

Σταθερό:

Κινητό:

Fax:

2. ΕΣΕΙΣ ΕΙΣΤΕ

(Παρακαλούμε να σημειώσετε με **x**)

Ασφαλισμένος

Δικαιούχος αποζημίωσης

Ζημιωθείς τρίτος

Άλλο

[Παρακαλείστε να προσδιορίσετε]

3. ΤΟ ΠΑΡΑΠΟΝΟ/Η ΑΙΤΙΑΣΗ ΑΦΟΡΑ

(Παρακαλούμε να σημειώσετε με **x**)

Πώληση

Αποζημίωση

Όρους ασφαλιστηρίων συμβολαίων

Προμήθειες και έξοδα, ασφάλιστρα

Διαχείριση ασφαλιστικού συμβολαίου

Άλλο

[Παρακαλείστε να προσδιορίσετε]

4. ΠΑΡΑΚΑΛΟΥΜΕ ΝΑ ΠΕΡΙΓΡΑΨΕΤΕ ΤΟ ΠΑΡΑΠΟΝΟ/ΤΗΝ ΑΙΤΙΑΣΗ ΣΑΣ



5. ΠΑΡΑΚΑΛΟΥΜΕ ΝΑ ΠΕΡΙΓΡΑΨΕΤΕ ΤΟ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ ΠΟΥ ΑΝΑΜΕΝΕΤΕ

(Εάν χρειάζεστε περισσότερο χώρο, παρακαλούμε να επισυνάψετε ένα ξεχωριστό φύλλο με την περιγραφή του αποτελέσματος που αναμένετε.)

6. ΜΑΣ ΕΧΕΤΕ ΥΠΟΒΑΛΕΙ ΠΑΡΑΠΟΝΟ/ΑΙΤΙΑΣΗ ΚΑΤΑ ΤΟ ΠΑΡΕΛΘΟΝ;

(Παρακαλούμε να σημειώσετε με **x**)

ΟΧΙ	<input type="checkbox"/>	ΝΑΙ	<input type="checkbox"/>	
ΕΑΝ ΝΑΙ, ΠΟΤΕ;				
ΠΟΙΟ ΗΤΑΝ ΤΟ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ;				

ΜΕΙΝΑΤΕ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΙ;

7. ΥΠΑΡΧΟΥΝ ΣΥΝΟΔΕΥΤΙΚΑ ΕΓΓΡΑΦΑ ΕΚΤΟΣ ΑΠΟ ΤΟ ΠΑΡΟΝ ΕΝΤΥΠΟ;

(Παρακαλούμε να σημειώσετε με **x**)

ΟΧΙ	<input type="checkbox"/>	ΝΑΙ	<input type="checkbox"/>		
ΕΑΝ ΝΑΙ, ΠΑΡΑΚΑΛΟΥΜΕ ΝΑ ΤΑ ΑΝΑΦΕΡΕΤΕ ΠΑΡΑΚΑΤΩ					
1.	ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΗΣΗ (ΒΛ. ΕΝΟΤΗΤΑ 1)	ΟΧΙ	<input type="checkbox"/>	ΝΑΙ	<input type="checkbox"/>
2.	ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΑΙΤΙΑΣΗΣ (ΒΛ. ΕΝΟΤΗΤΑ 4)	ΟΧΙ	<input type="checkbox"/>	ΝΑΙ	<input type="checkbox"/>
3.	ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΑΝΑΜΕΝΟΜΕΝΟΥ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ (ΒΛ. ΕΝΟΤΗΤΑ 5)	ΟΧΙ	<input type="checkbox"/>	ΝΑΙ	<input type="checkbox"/>
4.		8.			
5.		9.			
6.		10.			
7.		11.			

8. ΕΠΙΘΥΜΕΙΤΕ ΝΑ ΜΑΣ ΠΑΡΕΞΕΤΕ ΟΠΟΙΑΔΗΠΟΤΕ ΕΠΙΠΛΕΟΝ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑ;



ΓΕΝΙΚΗ
ΠΑΝΕΛΛΑΔΙΚΗ

9. Η ΔΗΛΩΣΗ ΣΑΣ

Δηλώνω ότι:	Οι πληροφορίες που έχω δώσει σε αυτό το έντυπο είναι πλήρεις και ακριβείς. Έχω διαβάσει την τελευταία έκδοση της Πολιτικής Διαχείρισης Παραπόνων/Αιτιάσεων του Συνεταιρισμού.
Αντιλαμβάνομαι και Δηλώνω ότι :	Η παροχή ψευδών ή παραπλανητικών πληροφοριών αποτελεί σοβαρό αδίκημα. Δεδομένα προσωπικού χαρακτήρα τυγχάνουν προστασίας και μπορούν να γνωστοποιηθούν σε τρίτο πρόσωπο μόνο σε εξαιρετικές περιπτώσεις, όπου απαιτείται από την Ελληνική νομοθεσία ή όπου έχω δώσει την εξουσιοδότησή μου. Συγκατατίθεμαι ειδικά και ελεύθερα για την εκ μέρους της ασφαλιστικής σας, συλλογή, τήρηση σε αρχείο και επεξεργασία των όλων των αναφερομένων στο Έντυπο προσωπικών μου δεδομένων, αλλά και όσων στοιχείων προκύπτουν στη συνέχεια, για το σκοπό διερεύνησης και επίλυσης της υπόθεσής μου, σύμφωνα με το Ν.2472/97. Επίσης, ενημερώθηκα ό,τι, σύμφωνα με τα άρθρα 12 και 13 του Ν. 2472/97 και τον Κανονισμό Ε.Ε. 2016/679, έχω δικαίωμα εναντίωσης, πρόσβασης, αντίρρησης, διαγραφής και λήθης σχετικά με τα προσωπικά δεδομένα που με αφορούν και μπορώ σχετικά να απευθύνομαι εγγράφως με επιστολή μου προς τη ΓΕΝΙΚΗ ΠΑΝΕΛΛΑΔΙΚΗ ΣΥΝ.Π.Ε , Βουλής 7, Σύνταγμα, 10562 Αθήνα, με την ένδειξη: Υπ' όψη Υπευθύνου Επεξεργασίας Προσωπικών Δεδομένων.

Υπογραφή	
----------	--

Ημερομηνία	Ημέρα	Μήνας	Έτος
	/	/	

Παρακαλούμε να προσκομίσετε/αποστείλετε/επισυνάψετε το παρόν έντυπο συμπληρωμένο και τα σχετικά έγγραφα (πρωτότυπα ή/και φωτοαντίγραφα) στην Υπηρεσία Διαχείρισης Παραπόνων/Αιτιάσεων.

Κεντρικά γραφεία:
Βουλής 7, (Μέγαρο Χ. Μπολάνη)
Σύνταγμα, 10562 Αθήνα
Τ 210 3217801, F 210 3217109
complaints@genpan.gr

Υποκατάστημα:
Μ. Αντύπα 42, Πυλαία
57001 Θεσσαλονίκη
Τ 2310 474422, F 2310 473683
www.genikipanelladiki.gr

Δεσμευόμαστε ότι θα λάβουμε υπόψη το αίτημά σας και θα σας ενημερώσουμε άμεσα.

Σας ευχαριστούμε