


**ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΗ ΕΚ ΤΩΝ ΑΡΘΡΩΝ 28 & 29 ΤΟΥ Ν. 4583/2018
ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΑΠΟ ΤΟΝ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟ ΔΙΑΜΕΣΟΛΑΒΗΤΗ ΣΑΣ**

αριθ.....

Προς τον/την κ. _____ του _____

| | | |
|---|--|--------------------------------|
|  | 1. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΥ ΔΙΑΜΕΣΟΛΑΒΗΤΗ ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ / ΕΠΩΝΥΜΙΑ : ΚΑΠΠΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΙ ΠΡΑΚΤΟΡΕΣ ΙΚΕ | |
| | ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ: ΙΕΡΑ ΟΔΟΣ 311 | ΠΕΡΙΟΧΗ: ΑΙΓΑΛΕΩ ΑΤΤΙΚΗΣ |
| | ΤΚ: 12244 | Τηλ: 2100085020 |
| | FAX: | κιν: 6932529718 |
| | email: info@kappainsurance.gr | website: www.kappainsurance.gr |

| | | | |
|---|------------|--|--|
| 2. ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΥ ΔΙΑΜΕΣΟΛΑΒΗΤΗ ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗΣ ΑΣΦ.ΣΥΜΒΟΥΛΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΣ ΠΡΑΚΤΟΡΑΣ ΜΕΣΙΤΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ | | 3. ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ ΑΣΦ. ΔΙΑΜΕΣΟΛΑΒΗΣΗΣ Ασφάλιση ΝΑΙ Ασφάλιση Μεγάλων Κινδύνων Αντασφάλιση | |
| | ΝΑΙ | | |
| | | | |
| | | | |

| | |
|--|-----------------------|
| 4. ΛΟΙΠΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ | |
| α) Συμμετοχή μας (άμεση ή έμμεση) σε ποσοστό >10% σε ψήφους ή σε μετοχικό κεφάλαιο ασφαλιστικής επιχείρησης (Αν ΝΑΙ, να δοθούν λεπτομέρειες.) | ΝΑΙ ΟΧΙ |
| β) Συμμετοχή ασφαλιστικής επιχείρησης ή μητρικής της (άμεση ή έμμεση) σε ποσοστό >10% σε ψήφους ή σε μετοχικό κεφάλαιο στην επιχείρησή μας που ασκεί δραστηριότητες ασφαλιστικής διαμεσολάβησης (Αν ΝΑΙ να δοθούν λεπτομέρειες.) | ΝΑΙ ΟΧΙ |
| γ) Εκπροσωπούμε τον πελάτη και παρέχουμε συμβουλές βάσει αμερόληπτης ανάλυσης | ΝΑΙ ΟΧΙ |
| δ) Έχουμε συμβατική υποχρέωση για ΑΠΟΚΛΕΙΣΤΙΚΗ συνεργασία με μία ασφαλιστική εταιρία (επωνυμία εταιρίας) | ΝΑΙ ΟΧΙ |
| ε) Οι συνεργασίες μας με τις ασφαλιστικές εταιρίες ΔΕΝ είναι αποκλειστικές. Συνεργαζόμαστε με....επωνυμίες εταιριών.... | ΝΑΙ ΟΧΙ |
| στ) Έχουμε άδεια διανομής επενδυτικών προϊόντων βασιζόμενων σε ασφάλιση | ΝΑΙ ΟΧΙ |
| ζ) Εντολή είσπραξης ασφαλιστρών για λογαριασμό της/των ασφαλιστικής εταιρίας /εταιριών | ΝΑΙ ΟΧΙ |
| η) Η αμοιβή μας καταβάλεται: Απευθείας από τον πελάτη Βάσει προμήθειας που περιλαμβάνεται στο ασφάλιστρο Βάσει άλλου τύπου αμοιβής Βάσει συνδυασμού οποιουδήποτε τύπου αμοιβής | ΝΑΙ |

5. ΛΟΙΠΕΣ ΓΝΩΣΤΟΠΟΙΗΣΕΙΣ ΣΤΟΝ ΠΕΛΑΤΗ Οι ασφαλισμένοι, αντισυμβαλλόμενοι, δικαιούχοι και λοιποί ενδιαφερόμενοι, μπορούν να υποβάλλουν καταγγελία κατά των διανομικών ασφαλιστικών και αντασφαλιστικών προϊόντων στη Διεύθυνση Εποπτείας Ιδιωτικής Ασφάλισης (Δ.Ε.Ι.Α.) για πράξεις ή παραλείψεις που συνιστούν παραβίαση της κείμενης νομοθεσίας, σύμφωνα με τις διατάξεις του αρ.10 του Ν.4583/2018. Για την εξωδικαστική επίλυση τυχόν διαφορών σας με διανομείς ασφαλιστικών προϊόντων, μπορείτε να προσφύγετε στον Συνήγορο του Καταναλωτή ή σε άλλον φορέα Εναλλακτικής Επίλυσης Διαφορών, νόμιμα καταχωρημένο στο Μητρώο της Γενικής Διεύθυνσης Προστασίας Καταναλωτή και Εποπτείας της Αγοράς, σύμφωνα με το άρθρο 18 της 70330 οικ./30.6.2015 κοινής απόφασης των Υπουργών Οικονομίας, Υποδομών, Ναυτιλίας και Τουρισμού και Δικαιοσύνης, Διαφάνειας Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων (Β'1421).

Για περισσότερες πληροφορίες για τον ασφαλιστικό διαμεσολαβητή τους, οι ασφαλισμένοι, αντισυμβαλλόμενοι, δικαιούχοι και λοιποί ενδιαφερόμενοι, μπορούν να επισκεφτούν το "Ενιαίο Σημείο Πληροφόρησης Ενεργών Ασφαλιστικών Διαμεσολαβητών" στην διεύθυνση [www.http://insuranceregistry.uhc.gr/](http://insuranceregistry.uhc.gr/)

Αθήνα ____/____/202__

Έλαβα γνώση των ανωτέρω στοιχείων
Ο ΠΕΛΑΤΗΣ
(Ονοματεπώνυμο και Υπογραφή)

Ο ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΣ ΔΙΑΜΕΣΟΛΑΒΗΤΗΣ
(Ονοματεπώνυμο και Υπογραφή)