

ΕΝΤΥΠΟ ΠΑΡΑΠΟΝΟΥ / COMPLAINT FORM

Παρακαλούμε συμπληρώσετε όλα τα πεδία του εντύπου και αποστείλετε το μέσω email στο info@akdinsurance.eu ή ταχυδρομείστε το στην διεύθυνση: Ραφαήλ Σάντη 5, 1^{ος} όροφος, 6052 Λάρνακα.
Please complete the form below and send it via email to info@akdinsurance.eu or mail it to the address 5, Raphael Santi Street, 1st floor, 6052 Larnaca.

(ΓΙΑ ΕΠΙΣΗΜΗ ΧΡΗΣΗ / FOR OFFICIAL USE) Complaint number: _____

A. Προσωπικά Στοιχεία Παραπονούμενου / Complainant's Personal Details:

Όνομα / Name:

Διεύθυνση / Address:

Τηλέφωνο / Phone: _____ Email:

B. Στοιχεία Ασφαλιστηρίου / Insurance Policy Details:

Αριθμός Ασφαλιστηρίου / Policy number:

Όνομα Ασφαλισμένου / Policyholder Name:

Γ. Περιγραφή Παραπόνου / Description of Complaint:

Υπογραφή / Signature: _____

Ημερομηνία / Date:

ΓΙΑ ΕΠΙΣΗΜΗ ΧΡΗΣΗ ΜΟΝΟ / FOR OFFICIAL USE ONLY

Reason(s) for complaint (circle what is applicable):

- a. Claim - coverage / terms and conditions.
- b. Claim - quantum / delay of payment.
- c. Claim - delay of response / poor quality service.
- d. Cancellation / refund.
- e. Customer service.
- f. Product suitability.
- h. Other:

Name of receiver: _____

Date of receipt:

Date complaint is referred to insurer / resolved (delete what is not applicable): _____

Complaint outcome:

-

-

-