

ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΗ ΕΚ ΤΟΥ Ν. 4583/2018 ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΑΠΟ ΤΟΝ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟ ΔΙΑΜΕΣΟΛΑΒΗΤΗ ΣΑΣ

A. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΥ ΔΙΑΜΕΣΟΛΑΒΗΤΗ

Όνοματεπώνυμο / Επωνυμία: **PROSTASIA INSURANCE AGENTS MON IKE**

Διεύθυνση: **Λεωφ. Ελευθ. Βενιζέλου 102, Ηλιούπολη, 16345**

e-mail: **info@prostasia-ins.gr** site: **www.prostasia-ins.gr** Τηλ: **2109940722** Fax: **2109963292**

Αριθμός **ειδικού μητρώου** Ασφαλιστικής Διαμεσολάβησης: **8395**

Διαδικτυακός Σύνδεσμος με Ενιαίο Σημείο Πληροφόρησης: <http://insuranceregistry.uhc.gr/>

Δραστηριότητα Ασφαλιστικής Διαμεσολάβησης: **Ασφάλιση** Ασφάλιση Μεγάλων Κινδύνων* Επενδυτικά Προϊόντα βασιζόμενα σε Ασφάλιση**

* Οι συγκεκριμένες δραστηριότητες απαλλάσσονται από την υποχρέωση υποβολής πληροφοριών των άρθρων 28(παρ.1 και 2), 29 και 30 του Ν.4583/2018.

** Οι συγκεκριμένες δραστηριότητες απαλλάσσονται από την υποχρέωση υποβολής πληροφοριών των άρθρων 39 και 40 του Ν.4583/2018, όταν παρέχονται σε επαγγελματία πελάτη.

B. ΛΟΙΠΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

1. Παρέχω συμβουλή σχετικά με τα πωλούμενα ασφαλιστικά προϊόντα **ΝΑΙ** **ΟΧΙ**
2. Παρέχω συμβουλές βάσει αμερόληπτης ανάλυσης (άρθρο 11, παρ. 2 ΠΔ 190/2006) λόγω μη αποκλειστικής συνεργασίας με μία ή με περισσότερες Ασφαλιστικές Εταιρίες. **ΝΑΙ** **ΟΧΙ**
3. Ενεργώ αμερόληπτα και για λογαριασμό του πελάτη μου. **ΝΑΙ** **ΟΧΙ**
4. Μου έχει δοθεί από την προτεινόμενη ασφαλιστική εταιρία εντολή είσπραξης για λογαριασμό της. **ΝΑΙ** **ΟΧΙ**
5. Συμμετέχω άμεσα ή έμμεσα σε ασφαλιστική επιχείρηση με ποσοστό μεγαλύτερο από 10% των δικαιωμάτων ψήφου ή του κεφαλαίου αυτής. **ΝΑΙ** **ΟΧΙ**
6. Συμμετέχει άμεσα ή έμμεσα ασφαλιστική επιχείρηση ή μητρική επιχείρηση ασφαλιστικής επιχείρησης με ποσοστό μεγαλύτερο από 10% των δικαιωμάτων ψήφου ή του κεφαλαίου στην επιχείρησή μου. **ΝΑΙ** **ΟΧΙ**
7. Συνεργάζομαι αποκλειστικά με μια μόνο Ασφαλιστική εταιρία **ΝΑΙ** **ΟΧΙ**
8. Αμείβομαι για την συγκεκριμένη δραστηριότητα με προμήθεια που περιλαμβάνεται στο ασφάλιστρο. **ΝΑΙ** **ΟΧΙ**
9. Δυνατότητα διανομής ασφαλιστικών προϊόντων με επενδυτικό χαρακτήρα. **ΝΑΙ** **ΟΧΙ**
10. Ασφαλισμένοι, αντισυμβαλλόμενοι, δικαιούχοι και λοιποί ενδιαφερόμενοι, μπορούν να υποβάλλουν καταγγελία κατά του ασφαλιστικού διαμεσολαβητή στη Διεύθυνση Εποπτείας Ιδιωτικής Ασφάλισης (Δ.Ε.Ι.Α.) της ΤτΕ για πράξεις ή παραλείψεις που συνιστούν παραβίαση της κείμενης νομοθεσίας σχετικά με την ασφαλιστική διαμεσολάβηση, καθώς και για πράξεις που αντιβαίνουν στα χρηστά συναλλακτικά ήθη, που προσκρούουν στη δημόσια τάξη και ιδιαίτερα για πράξεις ή παραλείψεις που μπορούν να καταλογιστούν στον ασφαλιστικό διαμεσολαβητή. Οι σχετικές κυρώσεις που προβλέπονται στο άρθρο 12 του π.δ. 298/1986, επιβάλλονται κατόπιν έρευνας της Διεύθυνσης Εποπτείας Ιδιωτικής Ασφάλισης (Δ.Ε.Ι.Α) και ακρόασης του καταγγελλόμενου ασφαλιστικού διαμεσολαβητή, τόσο για τη βασιμότητά τους όσο και για την επάρκεια των εξηγήσεων εκ μέρους του διαμεσολαβητή. Η Δ.Ε.Ι.Α. παρέχει εντός εύλογου χρονικού διαστήματος αιτιολογημένη απάντηση προς τον καταγγέλλοντα. Τέλος αν τα εμπλεκόμενα μέρη το αποδέχονται, μπορεί η Δ.Ε.Ι.Α. να παραπέμψει τη διαφορά στο Συνήγορο του Καταναλωτή (ν. 3297 / 23-12-2004) χωρίς να περιορίζεται η εξώδικη επίλυση της διαφοράς ενώπιον και άλλων δικαιοδοτικών οργάνων.

Έλαβα γνώση