

**ΑΙΤΗΣΗ ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΩΝ ΣΥΜΒΟΛΑΙΩΝ ΖΩΗΣ & Π.Α.**
**ΑΡΙΘΜΟΙ ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΩΝ:**
**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ**

ΕΠΩΝΥΜΟ:.....ΟΝΟΜΑ:.....  
 ΗΜ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ:..... ΧΩΡΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:..... ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ (1):.....  
 ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ (2):..... ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ (3):..... Α.Φ.Μ:.....  
 ΤΥΠΟΣ: ΤΑΥΤΟΤΗΤΑ  ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟ   
 Α.Δ.Τ./ ΑΡ. ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ:..... ΗΜ.ΛΗΞΗΣ ΑΡ.ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ:.....  
 ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:..... ΠΟΛΗ:..... ΤΑΧ.ΚΩΔΙΚΑΣ:.....  
 ΧΩΡΑ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ (1):..... ΧΩΡΑ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ (2):.....  
 ΤΗΛ. ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ (1):..... ΤΗΛ. ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ (2):.....

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΝΤΙΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΥ**

ΕΠΩΝΥΜΟ:.....ΟΝΟΜΑ:.....  
 ΗΜ. ΓΕΝΝΗΣΗΣ:..... ΧΩΡΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ:..... ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ (1):.....  
 ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ (2):..... ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ(3):..... Α.Φ.Μ:.....  
 ΤΥΠΟΣ: ΤΑΥΤΟΤΗΤΑ  ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟ   
 Α.Δ.Τ./ ΑΡ. ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ:..... ΗΜ.ΛΗΞΗΣ ΑΡ.ΔΙΑΒΑΤΗΡΙΟΥ:.....  
 ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ:..... ΠΟΛΗ:..... ΤΑΧ.ΚΩΔΙΚΑΣ:.....  
 ΧΩΡΑ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ (1):..... ΧΩΡΑ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ (2):.....  
 ΤΗΛ. ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ (1):..... ΤΗΛ. ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ (2):.....

Για λόγους συμμόρφωσης με την ισχύουσα νομοθεσία σχετικά με πράξη των Η.Π.Α. για «τη Φορολογική Συμμόρφωση των Λογαριασμών της Αλλοδαπής» (FATCA) παρακαλείστε να σημειώσετε εάν:

- Ο Ασφαλισμένος είναι  δεν είναι  πολίτης των Ηνωμένων Πολιτειών Αμερικής ή /και υπόκειται  δεν υπόκειται  στην Ομοσπονδιακή Φορολογία Εισοδήματος των ΗΠΑ, διαθέτει  δε διαθέτει  διαβατήριο που εκδόθηκε στις ΗΠΑ, είναι κάτοχος  δεν είναι κάτοχος  πράσινης κάρτας διαμονής στις ΗΠΑ, έχει  δεν έχει  γεννηθεί στις ΗΠΑ, διαθέτει  δε διαθέτει :

α. οποιαδήποτε ταχυδρομική διεύθυνση / διεύθυνση κατοικίας στις ΗΠΑ.....,  
 β. αριθμό τηλεφώνου στις Η.Π.Α....., γ. τραπεζικό λογαριασμό τηρούμενο στις Η.Π.Α. ....,  
 δ. πρόσωπο που έχει διορίσει ως αντίκλητο (πληρεξούσιο) για τις υποθέσεις του/της στις Η.Π.Α.....

- Ο αντισυμβαλλόμενος, εάν είναι πρόσωπο διαφορετικό από τον ασφαλισμένο, είναι  δεν είναι  πολίτης των Ηνωμένων Πολιτειών Αμερικής ή /και υπόκειται  δεν υπόκειται  στην Ομοσπονδιακή Φορολογία Εισοδήματος των ΗΠΑ, διαθέτει  δε διαθέτει  διαβατήριο που εκδόθηκε στις ΗΠΑ, είναι κάτοχος  δεν είναι κάτοχος  πράσινης κάρτας διαμονής στις ΗΠΑ, έχει  δεν έχει  γεννηθεί στις ΗΠΑ, διαθέτει  δε διαθέτει :

α. οποιαδήποτε ταχυδρομική διεύθυνση / διεύθυνση κατοικίας στις ΗΠΑ.....,  
 β. αριθμό τηλεφώνου στις Η.Π.Α....., γ. τραπεζικό λογαριασμό τηρούμενο στις Η.Π.Α. ....,  
 δ. πρόσωπο που έχει διορίσει ως αντίκλητο (πληρεξούσιο) για τις υποθέσεις του/της στις Η.Π.Α.....

- Ο δικαιούχος είναι  δεν είναι  πολίτης των Ηνωμένων Πολιτειών Αμερικής ή /και υπόκειται  δεν υπόκειται  στην Ομοσπονδιακή Φορολογία Εισοδήματος των ΗΠΑ, διαθέτει  δε διαθέτει  διαβατήριο που εκδόθηκε στις ΗΠΑ, είναι κάτοχος  δεν είναι κάτοχος  πράσινης κάρτας διαμονής στις ΗΠΑ, έχει  δεν έχει  γεννηθεί στις ΗΠΑ, διαθέτει  δε διαθέτει :

α. οποιαδήποτε ταχυδρομική διεύθυνση / διεύθυνση κατοικίας στις ΗΠΑ.....,  
 β. αριθμό τηλεφώνου στις Η.Π.Α. ...., γ. τραπεζικό λογαριασμό τηρούμενο στις Η.Π.Α. ....,  
 δ. πρόσωπο που έχει διορίσει ως αντίκλητο (πληρεξούσιο) για τις υποθέσεις του/της στις Η.Π.Α.....

Ο Ασφαλισμένος / αντισυμβαλλόμενος αποδέχεται και συμφωνεί ότι θα ενημερώσει τη MetLife εντός τριάντα (30) ημερών σε περίπτωση που υπάρξει οποιαδήποτε αλλαγή κατά την οποία ο ασφαλισμένος ή ο αντισυμβαλλόμενος ή κάποιος από τους δικαιούχους γίνει υπήκοος των Ηνωμένων Πολιτειών Αμερικής που υπόκειται στην Ομοσπονδιακή Φορολογία Εισοδήματος των ΗΠΑ ή μεταφέρει την κυριότητα του Ασφαλιστηρίου σε υπήκοο των ΗΠΑ. Επίσης είναι γνωστό ότι ψευδής δήλωση ή παραποίηση στοιχείων φορολογικής κατάστασης από υπήκοο των ΗΠΑ θα μπορούσε να επιφέρει κυρώσεις σύμφωνα με τη νομοθεσία των ΗΠΑ. (Σε περίπτωση καταφατικής δήλωσης συμπληρώνονται τα πιο κάτω:

ΑΦΜ (ΗΠΑ) του ασφαλισμένου: .....

ΑΦΜ (ΗΠΑ) του αντισυμβαλλόμενου:.....  
ΑΦΜ (ΗΠΑ) του δικαιούχου/δικαιούχων: .....

### **ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑΣ ΠΡΟΣΩΠΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ**

Παρέχω ρητά τη συγκατάθεσή μου και αποδέχομαι τη συλλογή και επεξεργασία δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα και ευαίσθητων προσωπικών δεδομένων μου που αφορούν στην ταυτοποίησή μου ως προσώπου υπαγόμενου στη νομοθεσία των Η.Π.Α. για τη «Φορολογική Συμμόρφωση των Λογαριασμών της Αλλοδαπής» (FATCA) από την ασφαλιστική εταιρία με σκοπό τη συμμόρφωση αυτής με τις υποχρεώσεις περί υποβολής και διαβίβασης στοιχείων που απορρέουν από τη νομοθεσία FATCA.

Παρέχω τη συγκατάθεσή μου, αναγνωρίζω και αποδέχομαι ότι αποδέκτης προσωπικών μου στοιχείων καθώς και στοιχείων που αφορούν στο ασφαλιστήριο και το σχετικό με το ασφαλιστήριο λογαριασμό, αξίες και εξαγορές, είναι, πέραν της ασφαλιστικής εταιρίας, και οι εκάστοτε οριζόμενες από τη νομοθεσία αρμόδιες αρχές.

Παρακαλώ όπως γίνουν οι πιο κάτω τροποποιήσεις που ζητούνται βάσει των όρων των πιο πάνω ασφαλιστηρίων και θα ισχύουν από την στιγμή που καταχωρούνται σ' αυτά από την Εταιρεία.

<b>1. ΑΛΛΑΓΗ ΟΝΟΜΑΤΟΣ</b>	ΝΕΟ ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ
<input type="checkbox"/> ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ	_____
<input type="checkbox"/> ΑΝΤΙΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΥ	_____
<input type="checkbox"/> ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΥ	_____
<b>ΑΙΤΙΑ:</b>	_____
<b>2. ΑΛΛΑΓΗ ΚΥΡΙΟΤΗΤΑΣ</b>	
ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΝΕΟΥ ΑΝΤΙΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΥ:	_____
ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟΝ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟ:	_____
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ, E-MAIL	_____
ΤΗΛΕΦΩΝΑ (ΟΙΚΙΑΣ/ΕΡΓΑΣΙΑΣ/ΚΙΝΗΤΟ)	_____
ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ ΑΝΤΙΣ/ΝΟΥ:	_____
E-MAIL:	_____
Συμφωνώ να λαμβάνω από τη MetLife ηλεκτρονικές ενημερώσεις (μέσω sms, & e-mail) σχετικές με τα ασφαλιστήρια συμβόλαιά μου. Επίσης, δηλώνω ότι ΕΠΙΘΥΜΩ __ ΔΕΝ ΕΠΙΘΥΜΩ __ να λαμβάνω τα ειδοποιητήρια οφειλής ασφαλίσεων ΜΟΝΟ με ηλεκτρονικό τρόπο.	
<b>ΠΡΟΣΟΧΗ! Για αλλαγή Αντισυμβαλλόμενου με κάλυψη ΑΠΑ/ΣΠΑ παρακαλούμε όπως συμπληρωθεί και το έντυπο UND POS-10 (ιατρικές πληροφορίες)</b>	
<b>3. ΑΛΛΑΓΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ</b>	ΝΕΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ – ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ
<input type="checkbox"/> ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ	_____
<input type="checkbox"/> ΑΝΤΙΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΥ	_____
<b>4. ΑΛΛΑΓΗ ΔΙΚΑΙΟΥΧΩΝ</b>	ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ – ΣΧΕΣΗ
	_____
	_____
	_____
ΥΠΟΚΑΤΑΣΤΑΤΟΣ	_____
<b>5. ΑΛΛΑΓΗ Α.Φ.Μ ή Δ.Α.Τ.</b>	ΣΕ _____
<b>6. ΔΙΟΡΘΩΣΗ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑΣ ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ</b>	ΣΕ _____
<b>7. ΑΠΟΔΟΣΗ ΠΥΜΑ</b>	ΠΟΣΟ _____
<b>8. ΕΚΔΟΣΗ ΑΝΤΙΓΡΑΦΟΥ ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΟΥ</b>	ΑΙΤΙΑ _____
<b>9. ΑΛΛΕΣ ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΕΙΣ</b>	_____

Αντιλαμβάνομαι ότι εφόσον επιλέξω μηνιαίο τρόπο εξόφλησης Ασφαλίσεων μέσω Πιστωτικής Κάρτας, τότε η Εταιρεία δεν θα μου αποστέλλει ταχυδρομικά Ειδοποιητήρια Οφειλής Ασφαλίσεων καθώς και ότι θα μου αποστέλλει ταχυδρομικά τις Οριστικές Αποδείξεις Εξόφλησης δύο φορές το χρόνο, συγκεκριμένα τους μήνες Ιανουάριο και Ιούλιο του κάθε έτους.

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΑΣΦΑΛΙΣΜΕΝΟΥ	ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΑΝΤΙΣΥΜΒΑΛΛΟΜΕΝΟΥ	ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΑΜΕΤΑΚΛΗΤΟΥ ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΥ
ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΟΥ	ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗ ΓΡΑΦΕΙΟΥ ΠΩΛΗΣΕΩΝ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ

**ΛΙΣΤΑ ΔΙΚΑΙΟΛΟΓΗΤΙΚΩΝ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑΣ ΕΛΕΓΧΟΥ AML**

Σε εφαρμογή του νόμου 3691/05.08.2008 που αφορά στην Αποτροπή Νομιμοποίησης Εσόδων από Εγκληματικές Δραστηριότητες παρακαλούμε συμπληρώστε με √ το πεδίο "Επισυνάπτεται" όταν το αντίστοιχο δικαιολογητικό συνοδεύει το έντυπο της Εταιρείας. Συμπληρώστε το πεδίο "Σχόλια" με αιτιολόγηση της μη ύπαρξης κάποιου δικαιολογητικού.

<b>Φυσικά πρόσωπα</b>		<b>Επισυνάπτεται</b>	<b>Σχόλια</b>
1	Απόδειξη ονοματεπώνυμου		
2	Απόδειξη παρούσας διεύθυνσης κατοικίας		
3	Απόδειξη ασκούμενου επαγγέλματος		
4	Απόδειξη παρούσας επαγγελματικής διεύθυνσης		
5	Απόδειξη ΑΦΜ		

<b>Προσωπικές Εταρείες</b>		<b>Επισυνάπτεται</b>	<b>Σχόλια</b>
1	Καταστατικό σύστασης θεωρημένο από το πρωτοδικείο		
2	Τροποποιήσεις καταστατικού (εάν υπάρχουν) θεωρημένες από το Πρωτοδικείο		
3	Το ισχύον σήμερα πιστοποιητικό μεταβολών από το Πρωτοδικείο (ημ/νια έκδοσης του πιστοποιητικού εντός της τελευταίας εβδομάδος).		
4	Αντίγραφο ταυτότητας των νομίμων εκπροσώπων και όλων των προσώπων που είναι εξουσιοδοτημένα να χειρίζονται το λογαριασμό (ή τους λογαριασμούς) της εταιρείας.		
5	Σε περιπτώσεις Εξαγορών, Δανείων, Λήξεων, Μετατροπών: πιστοποιητικό μη πτώχευσης (και περί μη υποβολής αίτησης πτώχευσης) από το Πρωτοδικείο (το πολύ 5 εργασίμων ημερών).		

<b>A.E. - Ε.Π.Ε.</b>		<b>Επισυνάπτεται</b>	<b>Σχόλια</b>
1	Σε περιπτώσεις Εξαγορών, Δανείων, Λήξεων, Μετατροπών: πιστοποιητικό μη πτώχευσης (και περί μη υποβολής αίτησης πτώχευσης) από το Πρωτοδικείο (το πολύ 5 εργασίμων ημερών).		

<b>Ναυτιλιακές, αλλοδαπές (off-shore) εταιρείες</b>		<b>Επισυνάπτεται</b>	<b>Σχόλια</b>
1	Επικυρωμένο αντίγραφο πιστοποιητικού ίδρυσης (Certificate of Corporation) από το Προξενείο.		
2	Αν έχει περάσει ένα (1) έτος από την ίδρυση της εταιρείας, τότε απαιτείται και Βεβαίωση του οικείου Προξενείου ότι η εταιρεία είναι νόμιμα συστημένη και εξακολουθεί να παραμένει σε ισχύ (Good Standing) πρόσφατης ημερομηνίας (2 μηνών προ της υποβολής).		
3	Επικυρωμένο αντίγραφο καταστατικού της εταιρείας (Articles of Incorporation) από το Προξενείο.		
4	Επικυρωμένο αντίγραφο Εσωτερικού Κανονισμού (By-Laws) από το Προξενείο.		
5	Δήλωση του πελάτη σχετικά με την ταυτότητα του πραγματικού δικαιούχου και την σχέση που τον συνδέει με τον πραγματικό δικαιούχο.		
6	Ταυτότητα του Πραγματικού Δικαιούχου Εταιρειών – Νομικών Προσώπων		



## ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΗΣΗ

### □ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΞΟΦΛΗΣΗ ΑΣΦΑΛΙΣΤΡΩΝ ΣΥΜΒΟΛΑΙΩΝ ΤΗΣ MetLife

Με την παρούσα, εξουσιοδοτώ την Ασφαλιστική Εταιρεία MetLife να εισπράττει αυτόματα, μέσω πάγιας εντολής τα ασφάλιστρα που αντιστοιχούν στα Ασφαλιστήρια Συμβόλαια των οποίων τους αριθμούς σημειώνω παρακάτω.

Η αυτόματη εξόφληση των ασφαλιστρών μέσω πάγιας εντολής, θα γίνεται εναλλακτικά με όποια/ες πιστωτική/ες κάρτα/ες έχω επιλέξει πιο κάτω, με κριτήρια την προτεραιότητα που εγώ ορίζω καθώς και τη διαθεσιμότητα του αντίστοιχου ποσού .

α/α	ΤΡΑΠΕΖΑ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΚΑΡΤΑΣ	ΕΙΔΟΣ ΠΙΣΤΩΤΙΚΗΣ ΚΑΡΤΑΣ (VISA, MASTER, DINERS)	ΗΜΕΡ/ΝΙΑ ΛΗΞΗΣ (ΜΗΝΑΣ, ΕΤΟΣ)

### □ ΑΛΛΑΓΗ ΑΡΙΘΜΟΥ ΠΙΣΤΩΤΙΚΗΣ ΚΑΡΤΑΣ

Εξουσιοδοτώ την Ασφαλιστική Εταιρεία MetLife όπως συνεχίσει να εξοφλεί τα οφειλόμενα ασφάλιστρα των Ασφαλιστηρίων Συμβολαίων μου, όπως αναφέρονται πιο κάτω, με χρέωση της **NEAS** πιστωτικής μου κάρτας που έχει δηλωθεί πιο κάτω:

ΑΡ. ΚΑΡΤΑΣ (ΠΑΛΑΙΑ)

ΑΡ. ΚΑΡΤΑΣ (ΝΕΑ)

ΗΜΕΡ/ΝΙΑ ΛΗΞΗΣ:.....  (ΜΗΝΑΣ/ΕΤΟΣ)

ΤΡΑΠΕΖΑ:.....

### **ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΞΟΥΣΙΟΔΟΤΟΥΝΤΟΣ**

Όνοματεπώνυμο:.....

Διεύθυνση: .....

Τηλέφωνο (κινητό) .....

E- Mail: .....

Αριθμ. Αστυν. Ταυτότητας: .....

ΑΡΙΘΜΟΙ ΣΥΜΒΟΛΑΙΩΝ:

.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

**Δηλώνω υπεύθυνα ότι:**

1. Είμαι νόμιμος δικαιούχος της/των παραπάνω πιστωτικής/κών κάρτας/τών.
2. Αντιλαμβάνομαι ότι, εφόσον έχω επιλέξει μηνιαίο τρόπο εξόφλησης ασφαλίσεων μέσω Πιστωτικής Κάρτας
  - α) δεν θα λαμβάνω Ειδοποιητήριο Οφειλής Ασφαλίσεων μέσω ταχυδρομείου
  - β) οι Οριστικές Αποδείξεις Εξόφλησης θα μου αποστέλλονται ταχυδρομικά από την Εταιρεία δύο φορές το χρόνο (Ιανουάριο και Ιούλιο).
3. Δέχομαι την αποστολή ηλεκτρονικών ενημερώσεων (μέσω sms, e-mail) από τη MetLife.

ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ

ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΑΝΤΙΣ/ΝΟΥ ΥΠΟΓΡΑΦΗ ΔΙΚΑΙΟΥΧΟΥ ΚΑΡΤΑΣ

.....

.....

.....

**ΠΡΟΣΟΧΗ:** Η εξουσιοδότηση αυτή είναι προσωρινά **ΜΗ ενεργή**. Η ενεργοποίησή της θα γίνει μετά από τηλεφωνική επικοινωνία που θα ακολουθήσει από τα Κεντρικά Γραφεία της MetLife.

## Ολοκληρωμένο σύστημα διαχείρισης παραπόνων από τη MetLife

Η πελατοκεντρική προσέγγιση αποτελεί βασικό πυλώνα της φιλοσοφίας της MetLife, έχοντας ως στόχο να προσφέρει στους ασφαλισμένους της Εταιρείας μια μοναδική εμπειρία εξυπηρέτησης από την πρώτη στιγμή μέχρι και τη λήξη του ασφαλιστηρίου τους.

Στα πλαίσια αυτά, η MetLife έχει ήδη θέσει σε εφαρμογή την νέα πολιτική διαχείρισης τυχόν παραπόνων. Η πολιτική αυτή αποτελεί εξέλιξη της αντίστοιχης που η εταιρεία εφάρμοζε μέχρι σήμερα.

Το ολοκληρωμένο σύστημα διαχείρισης παραπόνων της MetLife δίνει τη δυνατότητα σε κάθε ασφαλισμένο της Εταιρείας να υποβάλλει σχετική αιτίαση ή παράπονο με τον τρόπο που τον εξυπηρετεί καλύτερα, μέσα από μια σειρά επιλογών που περιλαμβάνουν:

- Τηλεφωνική επικοινωνία στο τηλεφωνικό κέντρο της εταιρείας (210 87 87 000).
- Μήνυμα ηλεκτρονικού ταχυδρομείου (μέσω της ιστοσελίδας [www.metlife.gr](http://www.metlife.gr) και ειδικότερα μέσω του συνδέσμου «[Επικοινωνήστε μαζί μας](#)»).
- Ειδική φόρμα επικοινωνίας που βρίσκεται διαθέσιμη σε όλα τα μέλη της ηλεκτρονικής υπηρεσίας e-Services για τους ασφαλισμένους της εταιρείας.
- Αποστολή Fax στον αριθμό 210 80 68 403 με την ένδειξη “υπ’ όψιν τμήματος εξυπηρέτησης πελατών”.
- Τα Γραφεία Πωλήσεων της Εταιρείας σε όλη την Ελλάδα.
- Επιστολή που θα αποσταλεί ταχυδρομικά στα κεντρικά γραφεία της εταιρείας στη δ/ση

Λ. Κηφισίας 119, 15124 – Μαρούσι με την ένδειξη «υπ’ όψιν τμήματος εξυπηρέτησης πελατών».

Αποτελεί δέσμευση της MetLife ότι εντός δύο εργάσιμων ημερών από την παραλαβή του αιτήματος ή του παραπόνου η Εταιρεία θα ανταποκρίνεται με σχετική ενημέρωση προς τον αποστολέα ότι παρέλαβε την αναφορά του και θα φροντίσει για την άμεση απάντηση στο ζήτημα του. Στην ίδια ενημέρωση θα είναι διαθέσιμα τα στοιχεία επικοινωνίας του προσώπου που θα το χειριστεί. Το χρονικό διάστημα αποστολής της τελικής απάντησης της εταιρείας δεν θα υπερβαίνει τις 30 ημερολογιακές ημέρες από τη λήψη του αιτήματος.