



Gestione Reclami

PROCEDURA DI GESTIONE DEI RECLAMI AI SENSI DELL'ART. 10 BIS DEL REGOLAMENTO ISVAP 24/2008 INTRODOTTTO CON L'ART. 5 DEL PROVVEDIMENTO IVASS 46/2016.

MODALITÀ DI TRASMISSIONE DEI RECLAMI E RECAPITI

Il contraente, l'assicurato, il beneficiario e il danneggiato hanno la facoltà, ferma restando la possibilità di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria, di inoltrare reclamo per iscritto all'intermediario o all'impresa di assicurazione.

La funzione della gestione reclami non è esternalizzata ed è affidata all'Ufficio Servizio Reclami

Qualora il reclamo sia inoltrato all'intermediario può essere inviato con le seguenti modalità a uno dei seguenti indirizzi:

SEDE LEGALE E SEDE OPERATIVA

Piazza De Gasperi, 12/16

21047 Saronno (VA)

+39 02 4312 3608

Posta elettronica pec: grifohealth@legalmail.it

L'intermediario è tenuto a dare risposta scritta entro 45 giorni dalla data di ricevimento del reclamo. Il contraente, l'assicurato, il beneficiario e il danneggiato hanno inoltre la possibilità, qualora non dovessero ritenersi soddisfatti dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro da parte dell'intermediario o dell'impresa entro il termine di legge (45 giorni dalla data di ricevimento del reclamo da parte dell'intermediario), di rivolgersi:

IVASS Servizio Tutela del Consumatore

Fax 06 42133206

Via del Quirinale, 21 00187 Roma

Pec: tutela.consumatore@pec.ivass.it

allegando la documentazione relativa al reclamo trattato dall'intermediario o dall'impresa preponente.

Per questioni attinenti ai prodotti finanziari assicurativi di cui ai rami vita III e V (con esclusione delle forme di previdenza complementare) il Cliente può rivolgersi alla CONSOB, Via G.B. Martini n. 3 – 00198 Roma;

Infine, per questioni attinenti alle forme di previdenza complementare il Cliente può rivolgersi alla COVIP, Via in Arcione n. 71 – 00187 Roma;

In entrambi i casi il Cliente deve allegare la documentazione relativa al reclamo trattato dall'Impresa di assicurazione.

In caso di rapporti di libera collaborazione ai sensi dell'art. 22, comma 10, D.L. 179/2012 convertito in L. 221/2012 per i quali GrifoHealth Srl non dovesse essere competente per la gestione del reclamo, la stessa si farà carico di segnalare al contraente, all'assicurato o al beneficiario