



SPÓŁDZIELCZA GRUPA BANKOWA
BANK SPÓŁDZIELCZY W CZŁUCHOWIE

FORMULARZ REKLAMACJI UBEZPIECZENIOWEJ

Nazwa towarzystwa ubezpieczeniowego, którego dotyczy reklamacja:

.....

Czego dotyczy reklamacja:

Zaznacz odpowiednie okienko i uzupełnij informacje

☐

umowa

nr polisy:

☐

odszkodowanie/świadczenie z umowy ubezpieczenia

numer umowy ubezpieczenia:

☐

inne

numer sprawy:

☐

produkt

nazwa produktu :

Składam reklamację jako (zaznacz odpowiednie okienko)

☐

Ubezpieczony

☐

Ubezpieczający

☐

Uposażony

☐

Uprawniony

☐

Inne

Moje dane

Imię i nazwisko:

PESEL:

Nazwa
przedsiębiorcy:

NIP:

REGON:

Adres zamieszkania/adres siedziby:

.....

Adres korespondencyjny

(jeśli jest inny niż adres zamieszkania / adres siedziby):

.....

Adres e-mail:

Numer telefonu:

Adres do e-Doręczeń:

Opisz szczegółowo, czego dotyczy reklamacja:

.....

Uzasadnij reklamację:

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

Napisz, czego oczekujesz w związku z reklamacją:

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

Wymień załączniki, jeśli są dołączone:

- 1).....
- 2).....
- 3).....

Oświadczenia klienta:

Oświadczam, że zostałam (-em) poinformowany o:

- 1) procedurze składania i rozpatrywania reklamacji dostępnej na stronie internetowej towarzystwa ubezpieczeniowego;
- 2) umieszczeniu klauzuli RODO na stronie internetowej towarzystwa ubezpieczeniowego.

Proszę o udzielenie odpowiedzi na mój adres e-mail/adres do e-Doręczeń, wskazany w formularzu.

.....

(data i czytelny podpis składającego reklamację)

Oświadczenie pracownika banku

Oświadczam, że przyjąłem/(-am) reklamację ustną dnia [data] roku.

.....

(data, czytelny podpis i pieczęć pracownika banku)