



BANK SPÓŁDZIELCZY W POŁCZYNIE - ZDROJU

FORMULARZ REKLAMACJI UBEZPIECZENIOWEJ

Przedmiot reklamacji	
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	

Opis	
Opisz szczegółowo, czego dotyczy reklamacja	
Uzasadnij reklamację	
Napisz, czego oczekujesz w związku z reklamacją	
Wymień załączniki, jeśli są dołączone	

	
--	----------------

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**, wskazany w formularzu.

(data i czytelny podpis składającego reklamację)

Oświadczenie pracownika banku

Oświadczam, że przyjąłem reklamację ustną dnia [data] roku.

(data, czytelny podpis i pieczęć pracownika banku)