



Bank Spółdzielczy w Gryficach
Spółdzielcza Grupa Bankowa

FORMULARZ REKLAMACJI UBEZPIECZENIOWEJ

Przedmiot reklamacji	
Nazwa towarzystwa ubezpieczeniowego, którego dotyczy reklamacja
Czego dotyczy reklamacja: zaznacz odpowiednie okienko i uzupełnij informacje	<input type="checkbox"/> umowa nr polisy:
	<input type="checkbox"/> odszkodowanie/świadczenie z umowy ubezpieczenia numer umowy ubezpieczenia:
	<input type="checkbox"/> inne numer sprawy: <input type="checkbox"/> produkt nazwa produktu:

Składam reklamację jako	
Zaznacz odpowiednie okienko	<input type="checkbox"/> Ubezpieczony <input type="checkbox"/> Ubezpieczający <input type="checkbox"/> Uposażony <input type="checkbox"/> Uprawniony <input type="checkbox"/> 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)