

Spettabile

Assurant Life Limited
Rappresentanza Generale per l'Italia
Piazzale Luigi Cadorna, 4
20123 Milano

Ufficio Reclami
Fax n. 02 30309224

Reclamo relativo a: polizza n. e / o sinistro n. del
relativo al prodotto
(indicare la tipologia di prodotto assicurativo: infortuni, malattia, ecc.)
Assicurato / Contraente
Persona danneggiata

Il sottoscritto

(indicare nome, cognome, domicilio e recapito telefonico di colui che propone il reclamo sia che si tratti del soggetto direttamente interessato sia che si tratti di soggetto che agisce su incarico del reclamante*)

reclama quanto segue

.....

(descrivere il motivo del reclamo ossia la condotta o il servizio oggetto di lamentela e tutte le circostanze utili per la valutazione)

In relazione a quanto sopra chiede all'impresa di assicurazione in indirizzo di

.....

(esplicitare le richieste che si vogliono proporre all'impresa ed eventuali argomentazioni a sostegno delle stesse)

Si allega

.....

(produrre la documentazione utile e necessaria a valutare la condotta o il servizio oggetto di lamentela)

Si resta in attesa di riscontro entro 45 giorni dal pervenimento della presente.

Data

Firma

(del soggetto che propone il reclamo)

* In quest'ultimo caso è necessaria la controfirma del reclamo da parte del soggetto interessato per consentire l'immediata trattazione delle eventuali informazioni riservate della persona nel cui interesse si propone il reclamo.