

**FAC-SIMILE DA FOTOCOPIARE**

**MODULO RECLAMI**

Informazioni necessarie all'Ufficio Reclami di Poste Assicura S.p.A., da inviare:

- via lettera raccomandata con avviso di ricevimento a:  
**Poste Assicura S.p.A. - Ufficio Reclami Piazzale Konrad Adenauer, 3 - 00144 - ROMA;**
- oppure*
- a mezzo fax al numero: **06/5492.4402**

**Io sottoscritto/a**

Nome: .....Cognome: .....

*oppure*

Ragione sociale: .....

Via: .....

Città: .....

Tel: .....CAP: .....Provincia: .....

*(al fine di accelerare l'analisi, la preghiamo di fornire anche le seguenti informazioni)*

**con riferimento al prodotto:** *(indicare il nome del prodotto assicurativo)* .....

Polizza numero: .....

Contraente: .....

Assicurato: *(nome e cognome)* .....

Stipulata il: giorno ..... mese ..... anno .....

**intendo in qualità di:**

Contraente  Assicurato  Beneficiario  Erede  Altro\* *(specificare)* .....

**presentare un reclamo segnalando quanto segue:** .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Allego inoltre** (elenco degli allegati):

.....

.....

Luogo e Data: ..... Firma\*: .....

\*Nel caso il richiedente è un soggetto che agisce su incarico del reclamante (es. Studio Legale) 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.