

## FAC-SIMILE DA FOTOCOPIARE

### MODULO RECLAMI

Nel caso in cui non si ritenga soddisfatto del rapporto contrattuale la invitiamo a compilare il seguente modulo che dovrà pervenire firmato, **all'Ufficio Reclami di Poste Vita S.p.A.**, tramite:

- lettera raccomandata con avviso di ricevimento a:  
**Poste Vita S.p.A. - Ufficio Reclami Piazzale Konrad Adenauer, 3 - 00144 - ROMA;**
- a mezzo fax al numero: **06/54.92.44.26**

#### Il sottoscritto/a

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

Codice fiscale: .....

oppure

Ragione sociale: ..... P. IVA .....

Indirizzo: .....

Città: .....

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

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

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

Polizza numero: .....

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

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

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

#### intende in qualità di:

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

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Si allegano inoltre** (elenco degli allegati):

.....

.....

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

\*Nel caso in cui il richiedente sia 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.