

Spett.le

Atradius Crédito y Caución S.A. de Seguros y Reaseguros

Rappresentanza Generale per l'Italia

Inviato:

- per email al seguente indirizzo: reclami@atradius.com; oppure
- a mezzo del servizio postale a: Via Crescenzo, 12 00193 Roma; oppure
- via fax al numero 06/68212574

Alla c.a. dell'Ufficio Reclami

Reclamo relativo a: Polizza n. _____ e/o Sinistro n. _____ del _____
Contraente: _____

Il sottoscritto _____ (indicare denominazione della società e sede legale e recapiti o nome e cognome, domicilio e recapito telefonico di colui che propone il reclamo sia che si tratti del soggetto direttamente interessato (persona fisica o giuridica) 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 ricevimento della presente, secondo quanto previsto dal Regolamento ISVAP n. 24/2008.

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.*