**FORMULARZ REKLAMACYJNY**

1. **Przedmiot reklamacji/skargi**
2. *Reklamacja dotyczy Zakładu Ubezpieczeń –* ***MACIF Życie TUW*** *z siedzibą w Warszawie zarejestrowanym pod nr KRS 0000190748 w Sądzie Rejonowym dla Miasta Stołecznego Warszawy, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, NIP 107-000-05-43*
3. *Czego dotyczy reklamacja?*

umowa ubezpieczenia, numer polisy: …………………………………………………………….

odszkodowanie/świadczenie z umowy ubezpieczenia, numer: …………………………………………………………………………………………………………

inne, numer sprawy:

…………………………………………………………………………………………………………

1. **Klient składa reklamację jako:**

 Ubezpieczający Ubezpieczony Uposażony

 Uprawniony z umowy ubezpieczenia Inny:………………………………………

1. **Dane Klienta**

Imię i nazwisko: ……………………………………………………………………………………..

PESEL: ………………………………………………………………………………………………

Adres zamieszkania: ……………………………………………………………………………….

Adres korespondencyjny (wypełnić jeżeli jest inny niż adres zamieszkania):

………………………………………………………………………………………………………...

Adres e-mail: ………………………………………………………………………………………..

Nr tel.: ………………………………………………………………………………………………..

1. **Opis reklamacji (należy dokładnie opisać czego dotyczy reklamacja, podać uzasadnienie oraz jakie są oczekiwania Klienta)**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Załączniki:

1……………………………………………………………………

2……………………………………………………………………

3……………………………………………………………………

 Wnoszę o udzielenie mi odpowiedzi na mój adres e-mail wskazany w pkt. III.

*Potwierdzam, że zostałem poinformowana/y że Formularz Reklamacyjny zostanie przekazany Zakładu Ubezpieczeń -* ***MACIF Życie TUW***

Ubezpieczeń Złożenie skargi/reklamacji jest równoznaczne z wyrażeniem zgody na przetwarzanie danych w celu odpowiedzi na skargę/reklamację.

Administratorem danych osobowych przekazanych za pośrednictwem formularza jest MACIF Życie TUW. Powyższe dane osobowe są przetwarzane w celu obsługi skargi/reklamacji. Przysługuje Państwu prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz ich poprawiania, jak również prawo pisemnego żądania zaprzestania ich przetwarzania oraz do wniesienia sprzeciwu, wobec ich przetwarzania. Podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek niezbędne do obsługi skargi/reklamacji.

…………………………………………………………

Data i czytelny podpis składającego reklamację

1. **Wypełnia Pośrednik**

Oświadczam, że przyjąłem reklamację/skargę w dniu ……………………roku, w formie:

* pisemnej,
* ustnej,

…………………………………………………………

Pieczęć i podpis w imieniu Agenta