

Spett.le
Onix Asigurari SA
Succursale Italia
Funzione Gestione Reclami
Via Vittorio Veneto, 7
00187 – Roma
Email: reclami@onix.eu.com
Fax: (+39) 06 87817112

Alla C.A. della Funzione Gestione Reclami

Reclamo relativo a:

- a) ☐ Polizza n. _____ del _____ ☐ Provvisoria ☐ Definitiva
b) ☐ Sinistro n. _____ del _____

Contraente/Beneficiario _____

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 alla Compagnia 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 dalla ricezione della presente, in ordine a quanto previsto dal Regolamento ISVAP n. 24/2008.

Resta inteso che nel caso di reclami concernenti il comportamento degli Agenti e dei loro dipendenti/collaboratori, la Compagnia potrà sospendere tale termine per un massimo di 15 giorni per le necessarie integrazioni istruttorie.

Autorizzo al trattamento dei dati ai sensi del Regolamento Europeo n. 679/2016.

Data _____

Firma

* 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.