

DD - MM - RRRR
Data zgłoszenia reklamacji/skargi



FORMULARZ ZGŁOSZENIA REKLAMACJI/SKARGI

PROSZĘ O WYPEŁNIENIE DRUKOWANYMI LITERAMI

I Dane Klienta, którego dotyczy reklamacja/skarga

<input type="text"/>			
Nazwisko/Nazwa			
<input type="text"/>			<input type="text"/>
Imię			PESEL/REGON
Adres do korespondencji: <input type="text"/> - <input type="text"/>		<input type="text"/>	
Kod pocztowy		Poczta	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ulica	Numer domu	Numer lokalu	Miejscowość
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Telefon kontaktowy	E-mail		

II Dane dotyczące reklamacji/skargi

Numer umowy/polisy/szkody/sprawy

Wnioskuję o odpowiedź w poniższej formie:

pismo e-mail

Sposób złożenia reklamacji/skargi:

ustnie pisemnie

Treść reklamacji/skargi

Załączniki

Podpis osoby przyjmującej

Podpis Klienta

III Dane przyjmującego reklamację/skargę w imieniu PZU

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nazwisko	Imię
<input type="text"/>	
Nazwa jednostki/podmiotu	
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefon kontaktowy	E-mail