

GREENVAL INSURANCE COMPANY LTD
FORMULARZ ZGŁOSZENIA REKLAMACJI

<u>Podmiot, którego reklamacja dotyczy</u>	
Imię	
Nazwisko	
Nazwa firmy (w przypadku osoby prawnej)	
PESEL/REGON	
<u>Adres:</u> Ulica	
Numer ulicy / numer lokalu	
Kod pocztowy	
Miasto	
Numer telefonu	
<u>Ubezpieczony</u>	
<u>Ubezpieczający</u>	
<u>Osoba reprezentująca podmiot którego reklamacja dotyczy:</u>	
Imię	
Nazwisko	
Nazwa firmy (w przypadku osoby prawnej)	
<u>Adres:</u> Ulica	
Numer ulicy / numer lokalu	
Kod pocztowy	
Miasto	
Numer telefonu	
<u>Dane pojazdu:</u> Nr rejestracyjny	
Marka/Model	
<u>Przedmiot reklamacji:</u>	
Szkoda komunikacyjna	<input type="checkbox"/>
AutoCasco	<input type="checkbox"/>
OC	<input type="checkbox"/>
NNW	<input type="checkbox"/>
Polisa ubezpieczeniowa	<input type="checkbox"/>
Inne	<input type="checkbox"/>
Data szkody	
Numer szkody Greenval	
Numer polisy Greenval	
Okres ubezpieczenia	od do
<u>Opis</u>	
	<input type="checkbox"/> Wyrażam zgodę na otrzymanie odpowiedzi od Greenval Insurance Company Ltd. drogą elektroniczną na adres wskazany poniżej:
Adres email na który powinna być przesłana odpowiedź	
	<i>Dodaj załącznik</i>

