

## MODULO PER RECLAMO

Polizza n°

### DATI DEL CLIENTE

Nome	<input type="text"/>	Cognome	<input type="text"/>		
Data di nascita	<input type="text"/>	Codice fiscale	<input type="text"/>		
Città	<input type="text"/>	Prov	<input type="text"/>	CAP	<input type="text"/>
Telefono	<input type="text"/>	E-mail	<input type="text"/>		

### Motivazione e descrizione del reclamo:

Firma

Data

Qualora disponga di documentazione, La invitiamo ad allegarla al presente modulo e inviarla agli indirizzi o contatti indicati di seguito.

### Contatti utili e modalità di invio del reclamo

Richiesta e documentazione possono essere inviate direttamente all'indirizzo e-mail:	<a href="mailto:reclami@agramlife.it">reclami@agramlife.it</a>	Recapito telefonico per contatto:	+385 1 6292 643
--	--	-----------------------------------	-----------------

Nel caso in cui desideriate inviare il reclamo per posta, l'indirizzo a cui spedirlo è il seguente: AGRAM LIFE osiguranje d.d. | AGRAM LIFE Assicurazioni S.p.A., Trnjanska cesta 108, 10000 Zagreb, Croazia.