

**FACSIMILE DI RECLAMO ALL'ISVAP**

**(da trasmettere in caso di mancata risposta dell'impresa entro 45 giorni o in caso di risposta insoddisfacente)**

**All'ISVAP  
Via del Quirinale, 21  
00187 Roma  
Fax n. 06.421.334.26/53**

**Reclamo nei confronti di:**

*(indicare la denominazione dell'impresa di assicurazione, dell'intermediario o del perito assicurativo nei cui confronti si intende proporre reclamo)*

**polizza n. .... e/o sinistro n. .... del .....**

**relativo al prodotto .....** *(indicare la tipologia di prodotto assicurativo: es. assicurazione infortuni, malattia, r.c.auto, ecc.)*

**assicurato/contraente .....**

**persona e/o veicolo danneggiato .....**

**data del reclamo già presentato all'impresa**

*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).*

*Si allega .....* *(produrre la documentazione utile e necessaria a valutare la condotta o il servizio oggetto di lamentela. Se è già stato presentato un reclamo all'impresa, allegarlo).*

Data .....

Firma (del soggetto che propone il reclamo)

*\*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.*