ЖАЛОБА КЛИЕНТА

Полис №……. **выписан** ……

Страхователь:…….....

Адрес:……..….

Застрахованный:……**Дата рождения**……..….**.**

Я прошу рассмотреть и принять меры по (описание действия или бездействия сотрудников Компании или страховых агентов в отношении предоставляемых страховых услуг):

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Комментарии специалистов Компании (ФИО)_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

На рассмотрение сотруднику отдела_____
(ФИО сотрудника соответствующего отдела)

Документы, прилагаемые к жалобе:

1. _____(на ____листах)
2. _____(на ____листах)
3. _____(на ____листах)

_____ _____
(Дата подписания) **(Дата подписания)**

_____ _____
Подпись страхователя **Подпись сотрудника отдела Policy Service**