

Anmälan om klagomål

Försäkringstagare, namn/bolag		Personnr./Org.nr
Kontaktperson		Telefonnummer dagtid
E-postadress		Telefonnummer mobil
Besöksadress	Postadress	
Postnummer	Ort	

Klagomålet rör:

Om ovan fält ej är tillräckligt, vänligen bilägg fortsatt beskrivning.

Ansvarig förmedlare på Proinova AB	Datum för lämnande av råd
------------------------------------	---------------------------

Krav på korrigerig, hantering/ekonomisk ersättning

Bilagor

Ort, datum	
Underskrift	Namnförtydligande