

## 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