

MODULO RECLAMI

**Ai sensi del Regolamento ISVAP n° 24 del 19 maggio 2008
e del Provvedimento IVASS n° 46 del 3 maggio 2016**

Il modulo deve essere inviato con:	
Raccomandata A/R a:	ODONTOMAR - Ufficio Reclami Via Aliprandi, 32 - 20833 Giussano (MB)
oppure con PEC all'indirizzo:	pec@pec.odontomar.it
oppure con e-mail all'indirizzo:	reclami@odontomar.it

Dati del Reclamante:									
Cognome									
Nome									
Ragione Sociale									
Indirizzo									
Cap		Città						Prov.	
Cell.				Tel.				Fax	
e-mail				PEC					
Codice Fiscale				Partita Iva					
Data Nascita				Luogo di nascita				Prov.	
Il Reclamo viene inoltrato in qualità di:									
	Contraente		Assicurato		Danneggiato		Beneficiario		

Se il Reclamo è presentato per il tramite di uno studio legale, un'associazione o altro, indicarne di seguito i dati con i relativi recapiti:									
Denominazione									
Indirizzo									
Cap		Città						Prov.	
Persona incaricata									
Cell.				Tel. Uff.				Fax	
e-mail				PEC					
Il Reclamo viene inoltrato in qualità di:									
	Legale		Consulente		Associazione Consumatori / Portatore di altro interesse collettivo				
Altro soggetto:									

Causa del Reclamo:									
	Comportamenti propri dell'intermediario								
	Comportamenti dei Dipendenti dell'intermediario Indicare il nominativo del Dipendente:								
	Comportamenti dei Collaboratori dell'intermediario Indicare il nominativo del Collaboratore:								

Oggetto del Reclamo:									
	Contestazione sull'informativa precontrattuale								
	Contestazione per mancata o inesatta esecuzione								
	Contestazione per esecuzione di operazioni autorizzate								
	Altro:								

