

Panaszbejelentő nyomtatvány

Adatok

Név: _____

Cím: _____

Szerződésszám: *

Kárszám:*

Rendszám:* Tel.: _____ E-mail: _____

* A három lehetőség közül legalább egy kötelezően kitöltendő!

A panasz tárgya: _____

A panasz részletes leírása

Csatolt dokumentumok

- | | |
|----|--|
| 1. | |
| 2. | |
| 3. | |
| 4. | |

Kelt: _____

Bejelentő aláírása

Társaságunk számára fontos, hogy Ön, mint a Posta Biztosító Ügyfele elégedett legyen szolgáltatásunkkal. Jelen panaszát kivizsgálás és válaszadás céljából panaszkezelési osztályunkra továbbítjuk, ahova további bejelentések esetén közvetlenül is fordulhat. Elérhetőségek levélben: Posta Biztosító panaszkezelési osztály, 1535 Budapest, Pf. 952; e-mailben: panasz@mpb.hu, honlapon történő bejelentés esetén: www.postabiztosito.hu, faxon: +36 1 423 42 98. Bejelentésére legkésőbb 30 napon belül válaszolunk Önnek.