

ANMÄLAN OM KLAGOMÅL/REKLAMATION**Försäkringstagare**

Försäkringstagare, namn / bolag	Personnr / Org.nr	
Kontaktperson		
Adress		
Postadress	Postort	
Telefon/Mobilnr	E-postadress	
Ärende Klagomålet / Reklamationen rör		
Krav Krav på korrigerig, hantering och / eller ekonomisk ersättning		
Förmedlare / datum	Handläggare hos Rosenberg Försäkring AB	Datum för lämnande av råd

Bilagor**Signatur**

Bilagor
Ort och datum
Underskrift
Namnförtydligande