

....., dnia ..... r.

.....  
(Imię i nazwisko)

.....  
(Adres zamieszkania)

.....  
(PESEL)

.....  
(Telefon kontaktowy)

.....  
(Adres e-mail)

.....  
(Nazwa zakładu ubezpieczeń)

.....  
(Adres zakładu ubezpieczeń)

## ODWOŁANIE OD DECYZJI UBEZPIECZYCIELA

**reklamacja na podstawie ustawy z dnia 5 sierpnia 2015 r. o rozpatrywaniu  
reklamacji przez podmioty rynku finansowego**

### Dane polisy / szkody

|                                       |  |
|---------------------------------------|--|
| Numer polisy                          |  |
| Numer szkody / numer sprawy           |  |
| Data zdarzenia / szkody               |  |
| Data decyzji ubezpieczyciela          |  |
| Kwota przyznana przez ubezpieczyciela |  |

### Zarzuty wobec decyzji ubezpieczyciela

.....

### Uzasadnienie

.....

### Żądanie

W związku z powyższym wnoszę o:

.....

Wnoszę o udzielenie odpowiedzi w terminie 30 dni od dnia otrzymania niniejszego pisma, stosownie do art. 6 ust. 1 ustawy z dnia 5 sierpnia 2015 r. o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego.

## **Załączniki**

1. Kopia decyzji ubezpieczyciela
2. Kopia polisy ubezpieczeniowej
3. Dokumenty potwierdzające szkodę (zdjęcia, kosztorys, rachunki)
4. Inne dokumenty uzasadniające odwołanie (wymienić)

*Podstawa prawna: ustawa z dnia 5 sierpnia 2015 r. o rozpatrywaniu reklamacji przez podmioty rynku finansowego i o Rzeczniku Finansowym (t.j. Dz.U. z 2023 r. poz. 1809 ze zm.); ustawa z dnia 11 września 2015 r. o działalności ubezpieczeniowej i reasekuracyjnej (t.j. Dz.U. z 2024 r. poz. 838 ze zm.).*

.....  
(czytelny podpis ubezpieczonego)