

Geschillenformulier DSM Assurantiën

Naam _____
Adres _____
Postcode & Woonplaats _____
Telefoonnummer _____
E-mail _____
Relatienummer _____

Waarop heeft uw geschil betrekking?

Op welke datum en welke wijze is uw geschil ontstaan?

Is er over het geschil overleg geweest of is er gecorrespondeerd met één van de medewerkers

Nee

Ja, namelijk met dhr./mw. _____ op (datum) _____

Heeft u zelf geprobeerd het geschil op te lossen

Nee

Ja, namelijk (hieronder vermelden op welke wijze en met welk resultaat)

Zijn er schriftelijke stukken met betrekking tot het geschil

Nee

Ja, namelijk (hieronder gaarne vermelden om welke stukken het gaat en kopieën met dit formulier meesturen).

Klachtenprocedure DSM Assurantiën

Hoe zou naar uw mening het geschil moeten worden opgelost?

Heeft u nog eventuele opmerkingen

Datum _____
Plaats _____
Handtekening _____

Verzenden naar:

DSM Assurantiën
O.v.v. geschil
T.a.v.: Manager Particuliere verzekeringen
Postbus 6500
6401JH Heerlen
E- mail: dsm.verzekeringen@dsm.com