

FORMULARIO DE RECLAMACIONES

DATOS PERSONALES

Los campos marcados con (*) son opcionales

RECLAMANTE	
D.N.I.	
DIRECCION	
C.POSTAL Y POBLACION	
PROVINCIA	
TELEFONO *	
FAX *	
E-MAIL *	

Por sí o en nombre y representación de :

NOMBRE O RAZON SOCIAL	
D.N.I. / C.I.F.	
DIRECCION	
C.POSTAL Y POBLACION	
PROVINCIA	

DATOS DE LA POLIZA

CONDICION DEL RECLAMANTE

RAMO	
Nº POLIZA	

TOMADOR

ASEGURADO

CAUSAHABIENTE (*)

REPRESENTANTE (*)

(*) Se deberá aportar la documentación acreditativa

RELACIONE A CONTINUACION LOS HECHOS QUE HAN DADO LUGAR A SU QUEJA O RECLAMACION :

Campo de texto

Campo de texto

(Si necesita mas espacio puede utilizar una hoja en blanco, en la que deberá hacer constar el número de póliza, firmando al final).

IDENTIFICACION DE LA OFICINA, DELEGACION O AGENCIA DONDE SE HUBIERAN PRODUCIDO LOS HECHOS
Y DE LA PERSONA O PERSONAS DE CUYA ACTUACION TRAE CAUSA LA QUEJA O RECLAMACION

OFICINA, DELEGACION O AGENCIA DE *	
NOMBRE DEL EMPLEADO, AGENTE O CORREDOR *	

¿QUE RESULTADO ESPERA OBTENER TRAS LA PRESENTACION DE LA QUEJA O RECLAMACION?

Campo de texto

RELACION DE DOCUMENTOS ADJUNTOS

Campo de texto

El reclamante manifiesta que sobre los hechos objeto de la queja o reclamación no se está sustanciando causa civil o penal ante la jurisdicción ordinaria, reclamación ante una instancia administrativa, ni se ha sometido el tema a arbitraje.

Fecha

Firmado por :