

SERVICIO DE ATENCIÓN AL CLIENTE

DEPARTAMENTO DE QUEJAS Y RECLAMACIONES

FORMULARIO DE RECLAMACIONES**DATOS PERSONALES**

Los campos marcados con (*) son opcionales

Reclamante:

D.N.I.:

Dirección:

Localidad:

C.P.:

Provincia:

Telf.*:

Email*:

Por sí o en nombre y representación de:

Nombre o Razón Social:

D.N.I.:

Dirección:

Localidad:

C.P.:

Provincia:

DATOS DE LA PÓLIZA**CONDICIÓN DEL RECLAMANTE**

RAMO:

TOMADOR

ASEGURADO

Nº PÓLIZA:

CAUSAHABIENTE(*)

REPRESENTANTE (*)

(*) Se deberá aportar la documentación acreditativa.

Relacione a continuación los hechos que han dado lugar a su queja o reclamación:

Identificación de la oficina, delegación o agencia donde se hubiera producido los hechos y de la persona o personas de cuya actuación trae causa la queja o reclamación:

OFICINA, DELEGACIÓN O AGENCIA DE:

NOMBRE DE EMPLEADO, AGENTE O CORREDOR:

¿Qué resultado espera obtener tras la presentación de la queja o reclamación?

Relación de DOCUMENTOS ADJUNTOS

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:

Fdo.:

ENVIAR