FORMULARIO RECLAMACIÓN ANTE EL SERVICIO DE ATENCIÓN AL CLIENTE O EL DEFENSOR DEL ASEGURADO O DEL PARTÍCIPE EN COMPAÑÍAS DE SEGUROS

AL SERVICIO DE ATENCIÓN AL CLIENTE O EL DEFENSOR DEL ASEGURADO O DEL PARTÍCIPE DE LA COMPAÑÍA ASEGURADORA .....
[Indique el nombre de la entidad aseguradora]

1. **DATOS DE LA PERSONA RECLAMANTE** * [Los campos con (*) deben ser rellenados de forma obligatoria].

Nombre y Apellidos * .....,
D.N.I./ N.I.F./ Documento personal equivalente * ....., Dirección postal * ..... Ciudad * .....
C.P. * ..... Provincia * ..... Teléfono * .....
Correo electrónico ...., Número de Póliza * .....,
Tipo de seguro * .....

2. **MOTIVO DE LA QUEJA/ RECLAMACIÓN:**

[Hechos que dan lugar al presente escrito. Debe indicar lo sucedido, concretando los hechos y la oficina o el departamento dónde se han producido los hechos. Se aconseja la mayor claridad posible en la exposición del motivo y de los hechos]
……
……
……

3. **CUESTIONES SOBRE LAS QUE SE SOLICITA PRONUNCIAMIENTO. RESULTADO QUE SE PRETENDE OBTENER:**

[Indique el nombre de la entidad aseguradora]
……
……
……

4. **DOCUMENTOS QUE SE ADJUNTAN:**

[Indicar los documentos que acreditan lo expuesto anteriormente y conviene aportar toda la documentación que considere conveniente para ello]
……
……
……

LA PERSONA RECLAMANTE MANIFIESTA QUE LA MATERIA OBJETO DE LA QUEJA O RECLAMACION NO ESTÁ SIENDO OBJETO DE UN PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO, ARBITRAL O JUDICIAL.

En ……, a ……, de ……del ……

FIRMA……