**QUEIXA / RECLAMACIÓ D’ASSEGURANCES**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom i cognoms |  |
| Adreça |  |
| Localitat |  | Codi Postal |
| Telèfons |  |
| E-mail |  |
| DNI / NIF |  |
| (Persones Jurídiques)Reg. Mercantil i Representant |  |
| Companyia Assegurances |  | Pòlissa: |
| Reclamant: | Identificació del Representant: |

|  |
| --- |
| Fets que han motivat la queixa |

|  |
| --- |
| Identificació d’Oficina / Departament / Agent, si considera que la queixa / reclamació és a conseqüència de la seva actuació |

|  |
| --- |
| Resultat que espera obtenir presentant la queixa o reclamació |

|  |
| --- |
| Documentació que adjunta |

|  |
| --- |
| El signant no té coneixement que la queixa o reclamació es trobi en un procediment administratiu, arbitral o judicialSignatura: Data: |

Envieu aquest document emplenat, signat i escanejat per e-mail a serveidefensaclient@agrupacio.es, o per correu postal al Servei d’Atenció i Defensa del Client del GRUPO GACM ESPAÑA, Carretera de Rubí, 72-74, Edifici Horizon, 08174 de Sant Cugat del Vallès (Barcelona). Un cop rebut aquest document, la companyia asseguradora analitzarà els antecedents i oferirà resposta per escrit en un termini màxim de 2 mesos. En cas de no acceptació de la resposta donada pel Servei d’Atenció i Defensa del Client de la companyia asseguradora, o transcorreguts 2 mesos des de la seva presentació sense haver rebut resolució, l’assegurat podrà presentar la reclamació al Comissionat per a la Defensa de l’Assegurat. L’assegurat té a la seva disposició al web <http://www.racc.cat/contacte> el Reglament del Servei d’Atenció i Defensa del Client del GRUPO GACM ESPAÑA.