**QUEJA / RECLAMACIÓN DE SEGUROS**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nombre y apellidos |  | |
| Domicilio |  | |
| Localidad |  | Código Postal |
| Teléfonos |  | |
| E-mail |  | |
| DNI / NIF |  | |
| (Personas Jurídicas)  Reg. Mercantil y  Representante |  | |
| Compañía de Seguros |  | Póliza: |
| Reclamante: | Identificación del Representante: | |

|  |
| --- |
| Hechos que han motivado la queja |

|  |
| --- |
| Identificación de Oficina / Departamento / Agente, si considera que la queja / reclamación es a consecuencia de su actuación |

|  |
| --- |
| Resultado que espera obtener con la presentación de la queja o reclamación |

|  |
| --- |
| Documentación que se adjunta |

|  |
| --- |
| El firmante no tiene conocimiento de que la queja o reclamación esté siendo sustanciada a través de un procedimiento administrativo, arbitral o judicial  Firma: Fecha: |