



QUEJA / RECLAMACIÓN

DATOS IDENTIFICATIVOS:

Nombre: _____

Dirección Completa: _____

DNI: _____ Matrícula: _____ Teléfono: _____

DATOS DE LA RECLAMACIÓN:

Producto: _____ Póliza: _____
(Salud, Rentas, Stros, ...)

Tipo (marcar con una "X"):

Atención al cliente

Gestión administrativa

Otros

Para producto Salud:

Autorización

Reembolso

Otros

Cuadro Médico

Profesional / Centro Sanitario

Indicar nombre y localización: _____

Documentación aportada: _____

DESCRIPCIÓN DE LA RECLAMACIÓN (puede continuar en hoja aparte si es necesario):

En cumplimiento del art. 11 de la ORDEN ECO/734/2004 de 11 de marzo sobre los departamentos y servicios de atención al cliente y el defensor del cliente de las entidades financieras, declaro que no tengo conocimiento de que la materia objeto de la queja o reclamación está siendo sustanciada a través de un procedimiento administrativo, arbitral o judicial.

