

BESCHWERDEBLATT

Zur Klärung sämtlicher Angelegenheiten im Hinblick auf Ihre Versicherung wenden Sie sich bitte über die in den Vertragsunterlagen Ihrer Police aufgeführten Adressen oder Telefonnummern oder über die Geschäftsstelle bzw. den Vermittler, bei dem Sie die Versicherung abgeschlossen haben, an das Versicherungsunternehmen.

Sollten Sie der Ansicht sein, dass Ihr Anliegen nicht zufriedenstellend gelöst wurde, bitten wir Sie, alle Felder dieses Formulars vollständig auszufüllen, da andernfalls Ihre Beschwerde oder Reklamation nicht ordnungsgemäß bearbeitet werden kann. Nach dem Ausfüllen senden Sie das Formular bitte an unseren KUNDENDIENST ZUM SCHUTZ DES VERSICHERTEN, der Ihnen dann so bald wie möglich und in jedem Fall innerhalb der in der geltenden Gesetzgebung vorgesehenen Frist von einem Monat antworten wird. Sollte diese Frist aus berechtigten Gründen überschritten werden, erhalten Sie eine Mitteilung mit Angabe der Gründe für eine solche Verzögerung.

ANGABEN ZUM BESCHWERDEFÜHRER

Vor- und Nachname oder Firmenname: _____

☐ Personalausweis ☐ Reisepass ☐ Steuernummer (Mit einem X kennzeichnen): _____

Wohnsitz: _____

Ort: _____ Provinz: _____ Postleitzahl: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Eigenschaft des Beschwerdeführers (Siehe Hinweis 2) (Mit einem X kennzeichnen)

☐ Versicherungsnehmer ☐ Versicherte Person ☐ Begünstigte Person ☐ An einem Pensionsplan beteiligte Person ☐ Geschädigte Drittperson

Rechtsnachfolger von: _____ Gesetzliche Erben von: _____

VERTRETER (Siehe Hinweis 3) (Nur auszufüllen, wenn die Beschwerde durch einen Vertreter eingereicht wird)

Vor- und Nachname oder Firmenname: _____

☐ Personalausweis ☐ Reisepass ☐ Steuernummer (Mit einem X kennzeichnen): _____

ANSCHRIFT ZU BENACHRICHTIGUNGSZWECKEN

Vor- und Nachname oder Firmenname: _____

Wohnsitz: _____

Ort: _____ Provinz: _____ Postleitzahl: _____

E-Mail: _____

ANGABEN ZUR VERSICHERUNG/ZUM RENTENPLAN

Nummer der Versicherungspolice oder des Rentenplans _____ Aktenzeichen: _____

Versicherungszweig (Mit einem X kennzeichnen): ☐ Kfz ☐ Hausrat ☐ Leben ☐ Gesundheit ☐ Renten ☐ Sonstige _____

BEIGEFÜGTE UNTERLAGEN (Siehe Hinweis 4)

Beschreibung und Anzahl der Seiten: _____

GRUND DER BESCHWERDE ODER REKLAMATION (Bitte klar und deutlich erläutern, worum es bei der Beschwerde oder Reklamation genau geht. Sie können den Grund auf diesem Formular formulieren oder auf einem gesonderten Blatt angeben und dieses beifügen.)

ERGEBNIS, DAS MIT DER BESCHWERDE ODER REKLAMATION ERREICHT WERDEN SOLL

☐ **(Mit einem X kennzeichnen):** In Übereinstimmung mit den geltenden Datenschutzbestimmungen teilen wir Ihnen mit, dass die von Ihnen bereitgestellten Daten zum Zweck der Bearbeitung der vorliegenden Reklamation von dem Unternehmen CAJA DE SEGUROS REUNIDOS, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A. - CASER - in dessen Eigenschaft als für die Datenverarbeitung Verantwortlicher verarbeitet werden. Die Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten besteht in der Notwendigkeit, diese verarbeiten zu müssen, um die von Ihnen eingereichte Reklamation bearbeiten zu können. Sie können Ihre Rechte auf Zugang, Berichtigung, Löschung, Datenübertragbarkeit, Einschränkung und Widerspruch gegen die Verarbeitung Ihrer Daten auf dem Postweg oder per E-Mail geltend machen, wobei Sie Ihre Identität nachweisen müssen. Zudem informieren wir Sie über die Kontaktdaten der Datenschutzbeauftragten: Postanschrift: Avenida de Burgos, 109, 28050 - MADRID, E-Mail: dpogrupocaser@helvetia.es.

In _____, den _____ 20____

Unterschrift des Beschwerdeführers

Unterschrift des Vertreters

HINWEISE:

- (1) Gesetz 44/2002 vom 22. November zur Reform des Finanzsystems, Gesetz 7/2017 vom 2. November in Bezug auf eine Alternativlösung zur Streitbeilegung in Verbraucherschutzfragen, die Verordnung ECO 734/2004 vom 11. März und die Verordnung ECC/2502/2012 vom 16. November. Um Ihre Reklamation beim Beschwerdedienst der Generaldirektion für Versicherungen und Rentenfonds *[Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones]* einzureichen, müssen Sie nachweisen, dass Sie diese zuvor bei der Kundendienststelle der Versicherungsgesellschaft eingereicht haben.
- (2) **Versicherungsnehmer:** Die Person, die die Versicherung abschließt.
Versicherte Person: Die Person, die durch die Versicherung abgedeckt ist.
Begünstigte Person: Die Person, die die versicherte Leistung oder Entschädigung erhält.
Beteiligte Person: Die Person, die einem Pensionsplan angehört.
- (3) Der vertretene Beschwerdeführer hat dieses Formular zu unterschreiben oder kann alternativ dazu Unterlagen vorlegen, die die Vertretung nachweisen.
- (4) Wenn der Beschwerdeführer der Versicherungsnehmer ist, sind die Allgemeinen und Sonderbedingungen der Police beizufügen.