

**Aseguradunaren Defentsa
Zerbitzua (Kexak eta
Erreklamazioak)**
Avenida de Burgos, 109 28050 Madrid

E-maila: defensa-asegurado@helvetia.es

ERREKLAMAZIO ORRIA

Zure aseguruarekin lotutako edozein gorabehera konpontzeko, jar zaitez Enpresarekin harremanetan polizaren kontratu-dokumentazioan ageri diren helbide edo telefonoen bidez, kontratua egin zenuen bulego edo bitartekariaren bidez.

Zure arazoa behar bezala konpondu ez dela uste baduzu, bete itzazu inprimaki honetako eremu guztiak; bestela, ezin izango da zure kexa edo erreklamazioa behar bezala izapidetu. Bete ondoren, ASEGURATUAREN DEFENTSA ZERBITZURA bidali beharko duzu; bertan ahalik eta lasterren erantzungo dizugu, eta edozein kasutan, indarrean dagoen araudiak ezartzen duen hilabeteko epearen barruan. Behar bezala justifikatutako arrazoiengatik adierazitako epea gainditu behar bada, horren berri emango zaizu idatziz, atzerapenaren arrazoiak azalduz.

ERREKLAMAZIOA EGITEN DUEN PERTSONAREN DATUAK

Izen-abizenak edo helbide soziala: _____

NAN Pasaportea IFZ (Markatu X batekin): _____

Helbidea: _____

Herria: _____ Probintzia: _____ Posta-kodea: _____

Telefonoa: _____ E-maila: _____ g

Erreklamazioa egiten duen pertsonaren egoera (Ikusi 2. oharra) (Markatu X batekin)

☐ Pertsona hartzailea ☐ Aseguratutako pertsona ☐ Pertsona onuraduna ☐ Pentsio-planean parte hartzen duen pertsona ☐ Hirugarren pertsona kaltetua

Honen kausaduna: _____ Honen oinordeko legalak: _____

ORDEZKARIA (ikus 3. oharra) (Erreklamazioa ordezkari baten bidez aurkezten denean soilik bete)

Izen-abizenak o Izen soziala: _____

NAN Pasaportea IFZ (Markatu X batekin): _____

JAKINARAZPENETARAKO HELBIDEA

Izen-abizenak o Izen soziala: _____

Helbidea: _____

Herria: _____ Probintzia: _____ Posta-kodea: _____

E-maila: _____ g

ASEGURUAREN/PENTSIIO-PLANAREN DATUAK

Poliza zk. edo Pentsio-plana _____ Txosten zk.: _____

Adarra (Markatu X batekin): ☐ Autoak ☐ Etxea ☐ Bizitza ☐ Osasuna ☐ Pentsioak ☐ Beste batzuk

ERANTSITAKO DOKUMENTUAK (Ikusi 4. oharra)

Deskribapena eta orri kopurua: _____

KEXA EDO ERREKLAMAZIOAREN ZERGATIA (Azaldu argi eta garbi kexa edo erreklamazioa zergatik aurkezten duzun. Idatzi edo beste orri batean erantsi dezakezu)

KEXAREKIN EDO ERREKLAMAZIOAREKIN LORTU NAHI DUZUN EMAITZA

☐ **(Markatu X batekin):** Erreklamataileak adierazten du erreklamazioan jasotako gaiak ez direla auzi edo inpuignazio baten objektu izan justizia-epaitegietan, ezta ebazpen zain dauden organo administratibo, arbitral edo judicial baten aurrean ere.

Indarrean dagoen Datuen Babeserako araudiari jarraikiz, jakinarazten dizugu zuk emango dizkiguzun datuak CAJA DE SEGUROS R Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A.-CASER- enpresak tratatuko dituela, tratamenduaren arduraduna izanik, eta aurkeztu duzun erre izapidetzeko helburuarekin. Zure datu pertsonalak tratatzeko legitimizazioa aurkeztu duzun erreklamazioa izapidetzeko beharrezkoak izat Tratamenduaren sarbide-, zuzenketa-, ezabatze-, eramangarritasun-, muga- eta aurka egiteko eskubideak posta arrunt edo elektronik b ditzakezu, zure nortasuna egiaztatuz. Bestalde, Datuak babesteko ordezkariarekin harremanetan jartzeko datuak jakinarazten dizkiz helbidea: Avenida de Burgos, 109, 28050 – MADRID, Helbide elektronikoa: dpogrupocaser@helvetia.es.

_____(e)n, 20 ____-(e)ko ____-ren ____
____-(e)an

**Erreklamazioa egiten duen
pertsonaren sinadura**

Ordez kariaren sinadura

OHARRAK:

- (1) 2002ko azaroaren 22ko 44/2002 Legea, Sistema Finantzarioaren Erreformari buruzkoa; 2017ko azaroaren 2ko 7/2017 Legea, kontsumo gaietako auzi-alternatibaren ebazpenari buruzkoa; 2004ko martxoaren 11ko ECO 734/2004 Agindua; eta 2012ko azaroaren 16ko ECC/2502/2012 Agindua. Aseguru eta Pentsio Funtsen Zuzendaritza Nagusiaren Erreklamazio Zerbitzuan erreklamazio bat aurkezteko, aurretik Aseguru Enpresaren Bezeroarentzako Arreta Zerbitzuan aurkeztu duzula frogatu beharko duzu.
- (2) **Pertsona hartzailea:** Asegurua kontratatu zuen pertsona.
Aseguratutako pertsona: Polizak estaltzen duen pertsona.
Pertsona onuraduna: Aseguratutako prestazioa edo kalte-ordaina jasotzen duen pertsona.
Parte-hartzen duen pertsona: Pentsio Planera atxikitako pertsona
- (3) Erreklamazioa egiten duen pertsona ordezkatuak inprimaki hau sinatu beharko du, edo bestela, ordezkapena egiaztatzen duen dokumentazioa aurkeztu.
- (4) Erreklamazioa egiten duen pertsona asegurua hartzaila denean, erantsi polizaren Baldintza Orokorrak eta Bereziak.