

HOJA DE RECLAMACIÓN

Para solucionar cualquier incidencia con su seguro, contacte con la Compañía en las direcciones o teléfonos que figuran en la documentación contractual de su póliza, o a través de la oficina o mediador con el que la contrató.

Si considera que su problema no ha sido resuelto de forma satisfactoria, le rogamos que cumplimente todos los campos del presente impreso, ya que en caso contrario no se podrá tramitar correctamente su queja o reclamación. Una vez cumplimentado, deberá enviarlo a nuestro SERVICIO DE DEFENSA DEL ASEGURADO, donde le daremos respuesta a la mayor brevedad posible, y, en todo caso, dentro del mes que establece la normativa vigente. Si por causas justificadas, fuera necesario exceder dicho plazo, se le enviará una comunicación, indicando los motivos del retraso.

DATOS DE LA PERSONA RECLAMANTE

Nombre y apellidos o denominación social: _____

☐ DNI ☐ Pasaporte ☐ CIF (Marcar con una X): _____

Domicilio: _____

Población: _____ Provincia: _____ Código postal: _____

Teléfono: _____ E-mail: _____

Condición de la persona reclamante (Ver Nota 2) (Marcar con una X)

☐ Persona tomadora ☐ Persona asegurada ☐ Persona beneficiaria ☐ Persona partícipe Plan de Pensiones ☐ Persona tercera perjudicada

Causahabiente de: _____ Personas herederas legales de: _____

REPRESENTANTE (Ver Nota 3) (Cumplimentar únicamente cuando la reclamación se presenta por medio de representante)

Nombre y apellidos o denominación social: _____

☐ DNI ☐ Pasaporte ☐ CIF (Marcar con una X): _____

DIRECCIÓN A EFECTOS DE NOTIFICACIONES

Nombre y apellidos o denominación social: _____

Domicilio: _____

Población: _____ Provincia: _____ Código postal: _____

E-mail: _____

DATOS DEL SEGURO/PLAN DE PENSIONES

Nº de póliza o Plan de Pensiones _____ Nº de expediente: _____

Ramo (Marcar con una X): ☐ Autos ☐ Hogar ☐ Vida ☐ Salud ☐ Pensiones ☐ Otros _____

DOCUMENTOS QUE ACOMPAÑA (Ver Nota 4)

Descripción y número de páginas: _____

MOTIVO DE LA QUEJA O RECLAMACIÓN (Explicar claramente cuál es la cuestión sobre la que se formula la queja o reclamación. Puede optar por redactarla o adjuntarla en hoja aparte)

RESULTADO QUE PRETENDE OBTENER CON LA QUEJA Y/O RECLAMACIÓN

☐ **(Marcar con una X):** La persona reclamante hace constar que las cuestiones planteadas en la reclamación no han sido objeto de litigio o impugnación ante los tribunales de justicia, ni se encuentran pendientes de resolución por parte de un órgano administrativo, arbitral o judicial.

De conformidad con la vigente normativa de Protección de Datos, le comunicamos que los datos que Vd. nos proporcione serán tratados por CAJA DE SEGUROS REUNIDOS, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A.-CASER- responsable del tratamiento, con la finalidad de gestionar la presente reclamación. La legitimación para el tratamiento de sus datos personales se encuentra en la necesidad de tratarlos para tramitar la reclamación que formula. Podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, supresión, portabilidad, limitación y oposición al tratamiento, mediante correo postal o electrónico, acreditando su identidad. Por otra parte, le informamos de los datos de contacto con la persona Delegada de Protección de Datos. Dirección Postal: Avenida de Burgos, 109, 28050 – MADRID, Correo Electrónico: dpogrupocaser@helvetia.es.

En _____, a _____ de _____ de 20_____

Firma de la persona reclamante

Firma de la persona representante

NOTAS:

- (1) Ley 44/2002, de 22 de Noviembre, de Reforma del Sistema Financiero, Ley 7/2017, de 2 de noviembre, relativa a la resolución alternativa de litigios en materia de consumo, Orden ECO 734/2004, de 11 de marzo y Orden ECC/2502/2012, de 16 de noviembre. Para plantear su reclamación al Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, deberá justificar haberla presentado anteriormente ante el Servicio de Atención al Cliente de la Compañía Aseguradora.
- (2) **Persona tomadora:** Persona que contrató el seguro.
Persona asegurada: Persona que está cubierta por la póliza.
Persona beneficiaria: Persona que recibe la prestación o indemnización asegurada.
Persona partícipe: Persona adherida al Plan de Pensiones
- (3) La persona reclamante representada deberá firmar este impreso o en su defecto aportar documentación que acredite la representación.
- (4) Cuando la persona reclamante sea la tomadora del seguro, adjuntar las Condiciones Generales y Particulares de la póliza.