

HOJA DE CONSULTAS, DUDAS Y/O QUEJAS

DATOS IDENTIFICATIVOS DEL RECLAMANTE

Apellidos	
Nombre/ Denominación Social	

DATOS IDENTIFICATIVOS DEL REPRESENTANTE (CUMPLIMENTAR ÚNICAMENTE CUANDO EL FORMULARIO SE PRESENTA POR MEDIO DE REPRESENTANTE)

Apellidos	
Nombre/ Denominación Social	
NIF/ CIF/ NIE	

DIRECCION A EFECTOS DE NOTIFICACIONES

Domicilio			
NIF/ CIF/ NIE			
Código Postal	Población	Provincia	
Inscripción en RM*			
Teléfono	E-mail		

(*) Completar solo si el reclamante es una sociedad mercantil.

EN CALIDAD DE

<input type="checkbox"/> Tomador	<input type="checkbox"/> Asegurado	<input type="checkbox"/> Beneficiario	<input type="checkbox"/> Tercero perjudicado
En representación legal de			

Núm. de póliza

¿TIENE EL RECLAMANTE CONOCIMIENTO DE QUE LA QUEJA SE ESTÉ TRAMITANDO POR UN PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO, ARBITRAL O JUDICIAL?

<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo, especificar ante qué organismo	

HECHOS MOTIVADORES DE LA CONSULTA, DUDA Y/O QUEJA

--

SOLICITUD O RESULTADO QUE SE PRETENDE DE LA CONSULTA, DUDA Y/O QUEJA

--

OFICINA, DEPARTAMENTO O SERVICIO DONDE SE PRODUJERON LOS HECHOS

--

LISTA DE ADJUNTOS (OPCIONAL)

Nombre del documento	Descripción

En _____ a _____ de _____ de 20_____

Firma

Para enviar este formulario al Titular del Servicio de Atención al Cliente de ASEGURADORA ASERTA, SOCIEDAD ANÓNIMA DE CAPITAL VARIABLE, SUCURSAL EN ESPAÑA.

**Correo: Paseo de la Castellana, 52. Planta 2 B, 28046 Madrid, España
Correo electrónico: atencionclientes@aserta.com.es**

En caso de remitir su consulta, duda y/o queja por medios informáticos deberá cumplir con los requisitos de la firma electrónica estipulados en la Ley 59/2003, de 19 de diciembre.

El reclamante autoriza a que sus datos sean incorporados a un fichero cuya finalidad exclusiva sea el tratamiento de su consulta, duda y/o queja, pudiendo ejercer aquel los derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación dirigiéndose por escrito a la dirección indicada anteriormente.