

FOLLA DE QUEIXA OU RECLAMACIÓN

Reclamante

Nome/Razón social D.N.I./CIF

Con domicilio en

Municipio

Provincia C.P.

Nº de póliza Ramo Nº sinistro

Teléfono Correo electrónico

Asegurado

En calidade de: Asegurado/Tomador Beneficiario Prexudicado
 Sucesor Representante

Motivo da queixa ou reclamación

Solicita

O reclamante manifesta non ter coñecemento de que a materia obxecto da queixa ou reclamación está sendo tramitada a través dun procedemento administrativo, arbitral ou xudicial.

Lugar Data

Firma