

Formulario de queja por malas praxis de agencia o correduría de seguros

1 Datos identificativos

Apellidos:

Nombre:

Domicilio:

DNI:

Municipio:

Provincia:

Código Postal:

Teléfono:

Correo electrónico:

2 Datos de la agencia o correduría

Nombre o razón Social:

NIF / CIF:

Domicilio:

Municipio:

Provincia:

Código Postal:

Teléfono:

Correo electrónico:

3 Producto solicitado

Seguro

Ahorro

Otros productos o servicios:

4 Fecha (aproximada)

5 ¿Ha iniciado algún tipo de reclamación en otro organismo?

Sí

No

6 Breve resumen del caso

7 Documentación adicional

Copia de la propuesta comercial o contrato de la operación solicitada
Otros documentos justificativos de la queja

Fecha:

Firma:

Los datos contenidos en su escrito serán almacenados en un fichero automatizado, al objeto de gestionar su tramitación, siendo destinatarios del mismo, el Colegio de Mediadores de su provincia o en su defecto el Consejo Regional de Mediadores de Seguros de CLM, limitándose tal cesión a la finalidad que la justifica. Para ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición a que haya lugar sobre dichos datos, puede dirigirse al Consejo Regional de Mediadores de Seguros de CLM: teléfono 925228904 • correo electrónico: info@consejoregionalclmmmediadoresdeseguros.org