

Fecha: ____/____/____

Datos Personales:

Nombre completo: _____

Número de identificación: _____

Números de teléfono: _____

Correo electrónico o FAX para recibir notificaciones _____

La denuncia, reclamación o consulta, la pone en condición de:

Tomador de seguros Asegurado Beneficiario de una póliza

Interesado en la suscripción de una póliza Otro: _____

Número y fecha de resolución proveniente del Defensor del Asegurado: _____

Nombre del denunciado (para denuncias y reclamaciones): _____

Descripción detallada de los fundamentos de hecho o motivos de la denuncia, reclamación o consulta (pueden incorporarse en hoja adicional):

Los hechos denunciados (aplica únicamente para denuncias y reclamaciones):

No se encuentran pendientes de resolución ante Defensor del Asegurado u otro órgano administrativo, arbitral o judicial.

Si se encuentran pendientes de resolución ante Defensor del Asegurado u otro órgano administrativo, arbitral o judicial.

Documentos adjuntos:

Firma del interesado: _____