

Remitir este formulario por correo a:

Servicio de incidencias de Cigna life insurance.
P. E. La Finca, Pº del Club Deportivo, I. Edificio I4, planta primera.
28223 Pozuelo de Alarcón (Madrid)

Datos Personales

Nombre:	DNI:
Apellidos:	
Denominación (si el reclamante es una persona jurídica):	
Domicilio:	
Teléfono:	Móvil:
E-mail:	
Nº de Póliza:	Tipo de seguro:

Condición del reclamante

- Tomador (persona que contrató el seguro) Beneficiario (seguros de vida/accidentes - persona que recibe la indemnización asegurada)
- Asegurado (persona que está cubierta por el seguro) Heredero legal

Importante: aportar documentación justificativa.

Datos del representante Únicamente si el firmante no coincide con el reclamante:

Nombre:	DNI:
Apellidos:	

Importante: deberá aportarse poder que acredite la representación.

Cuestión objeto de la queja o reclamación

Descripción (máximo 786 caracteres):

Indicar si la queja o reclamación se refiere a una delegación / departamento de Cigna, o bien a un agente o corredor de seguros:

Indicar qué resultado pretende obtener de Cigna tras la presentación de la queja o reclamación:

Lista de documentos que adjunta:

- _____
- _____
- _____

El reclamante manifiesta que la materia objeto de queja o reclamación no está siendo objeto de un procedimiento administrativo, arbitral o judicial.

Firma: En _____, a _____ de _____ de 20__

Le informamos que sus datos serán tratados por Cigna Life Insurance Company of Europe, S.A., Sucursal en España, para la tramitación de su póliza y el desenvolvimiento y gestión del contrato de seguro suscrito. La base legal del tratamiento es la ejecución del contrato, el cumplimiento de las obligaciones legales. Para más información relativa al tratamiento, privacidad y el ejercicio de los derechos que le asisten en www.cignasalud.es