

RELLENAR CON LETRA DE IMPRENTA

DATOS PERSONALES

Nombre _____ NIF* _____

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

IMPORTANTE: APORTAR DOCUMENTACIÓN JUSTIFICATIVA

DATOS DEL REPRESENTANTE (Únicamente si el firmante no coincide con el reclamante)

Nombre _____ Apellidos _____

IMPORTANTE: DEBERÁ APORTARSE PODER QUE ACREDITE LA REPRESENTACIÓN.

CUESTIÓN OBJETO DE LA QUEJA O RECLAMACIÓN:

DESCRIPCIÓN

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:

1. _____
2. _____
3. _____

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 201_____

Los datos de carácter personal incluidos en este documento serán tratados con la finalidad de resolver quejas y reclamaciones y se incluirán en un fichero cuyo titular y responsable es Cigna. Asimismo tales datos se podrán tratar para la prevención e investigación del fraude. Podrán ejercitarse los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de los datos de carácter personal que figuren en dicho fichero, en los términos establecidos en la L.O.P.D en: Parque Empresarial La Finca, Paseo del Club Deportivo, 1, Edificio 14, Planta Baja, 28223 Pozuelo de Alarcón (Madrid) o bien en proteccion.datos@cigna.com.