helvetia Tu aseguradora suiza · caser Grupo Helvetia

Servei de Defensa de l'Assegurat
(Queixes i Reclamacions)
Avinguda de Burgos, 109 28050 Madrid
defensa-asegurado@helvetia.es

FULL DE RECLAMACIÓ

Per solucionar qualsevol incidència amb la seva assegurança, contacti amb la Companyia a les adreces o telèfons que figuren en la documentació contractual de la seva pòlissa, o a través de l'oficina o del mediador amb qui la va contractar.

Si considera que el seu problema no ha estat resolt de manera satisfactòria, li preguem que ompli tots els camps del present imprès, ja que en cas contrari no es podrà tramitar correctament la seva queixa o reclamació. Un cop omplert, l'haurà d'enviar al nostre SERVEI DE DEFENSA DE L'ASSEGURAT, on li donarem resposta al més aviat possible i, en tot cas, dins del termini d'un mes que estableix la normativa vigent. Si per causes justificades fos necessari excedir aquest termini, se li enviarà una comunicació indicant els motius del retard.

DADES DE LA PERSONA RECLAMANT

Nom i cognoms o denominació social: _____

DNI Passaport CIF (Marqueu amb una X): _____

Domicili: _____

Població: _____ Província: _____ Codi postal: _____

Telèfon: _____ Correu electrònic: _____

Condició de la persona reclamant (vegeu nota 2) (Marqueu amb una X)

☐ Persona prenedora ☐ Persona assegurada ☐ Persona beneficiària ☐ Persona partícip Pla de Pensions ☐ Persona tercera perjudicada

Causahavent de: _____ Persones hereves legals de: _____

REPRESENTANT (Vegeu nota 3) (Omplir únicament quan la reclamació es presenti mitjançant representant)

Nom i cognoms o denominació social: _____

DNI Passaport CIF (Marqueu amb una X): _____

ADREÇA A EFECTES DE NOTIFICACIONS

Nom i cognoms o denominació social: _____

Domicili: _____

Població: _____ Província: _____ Codi postal: _____

Correu electrònic: _____

DADES DE L'ASSEGURANÇA / PLA DE PENSIONS

Núm. de pòlissa o Pla de Pensions: _____ Núm. d'expedient: _____

Ram (Marqueu amb una X): ☐ Automòbils ☐ Llar ☐ Vida ☐ Salut ☐ Pensions ☐ Altres

DOCUMENTS QUE S'ADJUNTEN (Vegeu nota 4)

Descripció i nombre de pàgines: _____

MOTIU DE LA QUEIXA O RECLAMACIÓ (Expliqueu clarament quina és la qüestió sobre la qual es formula la queixa o reclamació. Podeu optar per redactar-la aquí o adjuntar-la en un full a part)

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Inscrita en el Registre Mercantil de Madrid · Tom 2245 · Foli 179 · Full M-39662 · CIF: A 28013050

Mod. F0000483-E

□ **(Marqueu amb una X)**: La persona reclamant fa constar que les qüestions plantejades en la reclamació no han estat objecte de litigi o impugnació davant els tribunals de justícia, ni es troben pendents de resolució per part d'un òrgan administratiu, arbitral o judicial.

D'acord amb la normativa vigent de Protecció de Dades, li comuniquem que les dades que vostè ens faciliti seran tractades per CAJA DE SEGUROS REUNIDOS, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A. – CASER, responsable del tractament, amb la finalitat de gestionar la present reclamació. La legitimació per al tractament de les seves dades personals es basa en la necessitat de tractar-les per tramitar la reclamació que formula. Podrà exercir els drets d'accés, rectificació, supressió, portabilitat, limitació i oposició al tractament, mitjançant correu postal o electrònic, acreditant la seva identitat. Així mateix, l'informem de les dades de contacte de la persona Delegada de Protecció de Dades: Adreça postal: Avinguda de Burgos, 109, 28050 – MADRID, Correu Electrònic: dpogrupocaser@helvetia.es.

A _____ , dia____ de _____ de 20 _____

Signatura de la persona reclamant

Signatura de la persona representant

NOTES:

(1) Llei 44/2002, de 22 de novembre, de reforma del sistema financer; Llei 7/2017, de 2 de novembre, relativa a la resolució alternativa de litigis en matèria de consum; Ordre ECO 734/2004, d'11 de març, i Ordre ECC/2502/2012, de 16 de novembre. Per presentar la seva reclamació davant el Servei de Reclamacions de la Direcció General d'Assegurances i Fons de Pensions, haurà de justificar haver-la presentat prèviament davant el Servei d'Atenció al Client de la Companyia Asseguradora.

(2) **Persona prenedora:** Persona que va contractar l'assegurança.
Persona assegurada: Persona que està coberta per la pòlissa.
Persona beneficiària: Persona que rep la prestació o indemnització assegurada.
Persona partícip: Persona adherida al Pla de Pensions.

(3) La persona reclamant representada haurà de signar aquest imprès o, en defecte d'això, aportar documentació que acrediti la representació.

(4) Quan la persona reclamant sigui la prenedora de l'assegurança, cal adjuntar les Condicions Generals i Particulars de la pòlissa.

Inscrita en el Registre Mercantil de Madrid · Tom 2245 · Foli 179 · Full M-39662 · CIF: A 28013050