

Formulario de queja por malas praxis de agencia o correduría de seguros**1 Datos identificativos**

Apellidos: _____
Nombre: _____ DNI: _____
Domicilio: _____
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 ☐ Otros productos o servicios
☐ Ahorro

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

_____, ____ de _____ de _____

Firma:

El Colegio de Mediadores de Seguros del Principado de Asturias es el responsable del tratamiento de los datos recogidos en este escrito de conformidad con el Reglamento General de Protección de Datos 2016/679 (GDPR en inglés) y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales (LOPDGDD). Puede ver la política de privacidad en: <https://www.mediadoresdesegurosasturias.com/canal-de-denuncias-55> y ejercer sus derechos en: info@mediadoresasturias.es