



FORMULARIO DE RECLAMACIÓN

Le informamos que para poder cursar la reclamación, es necesario que con carácter previo se haya dirigido al Departamento de Siniestros y se haya aperturado su expediente.

Datos del Asegurado:

Nombre: _____
Apellidos: _____
D.N.I.: _____
Domicilio: _____

Si los datos del Asegurado no coinciden con el reclamante,

Datos del Reclamante:

Nombre: _____
Apellidos: _____
D.N.I.: _____
Domicilio: _____

Calidad de la representación: _____

Entidad o entidades frente a la que presenta la reclamación: _____

Motivos de la reclamación*:

* Si necesita más espacio puede adjuntar una hoja adicional.

Listado de documentos que remite junto a este formulario, bien por correo ordinario o por correo electrónico:

Datos de carácter personal: Conforme a la Ley Orgánica 15/1999, le informamos que los datos remitidos serán incorporados a ficheros cuyos responsables son Cardif Assurance Vie, y Cardif Assurances Risques Divers, Sucursales en España (en adelante Cardif) con la finalidad de dar trámite a su reclamación y cumplir con los compromisos contractuales establecidos.

A través del presente documento, el interesado consiente expresamente la recogida y tratamiento de los datos remitidos por parte de Cardif, incluyendo datos de salud que proporcione, según los términos indicados en la presente cláusula.

Le informamos que puede ejercer su derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición previstos en la citada Ley 15/1999 por escrito, adjuntando fotocopia de su DNI, a la dirección de CARDIF (C/ Julián Camarillo, 21-A-4ª planta – 28037 – Madrid).

En Madrid a ____ de _____ de _____.

Firmado: