

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 Pontevedra, 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) 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.mediadorespontevedra.es> y ejercer sus derechos en: info@mediadorespontevedra.es