



València, 106 – 108, baixos
08015 Barcelona
Tel. 93 226 59 66
Fax: 93 22675 89
ame@ameasistencia.com
www.ameasistencia.com

HOJA DE QUEJAS Y RECLAMACIONES

AL SERVICIO DE ATENCIÓN AL CLIENTE DE AME ASISTENCIA MÉDICA CIA SEG.S.A.

Sr.D./Sra.Dña.....

Empresa.....

NIF.....

Domicilio.....

Teléfono.....

Fax.....

E-mail.....

Póliza nº.....

Tipo de Seguro.....

Condición del reclamante:

- Tomador (Persona que contrató el seguro)
- Asegurado(Persona que está cubierta por la póliza)
- Tercero Perjudicado(Persona que ha sufrido daños causados por un asegurado de la entidad)
- Causahabiente de (Herederos legales).....
- Representante legal de cualquiera de los anteriores, en cuyo caso deberá aportarse poder notarial que acredite tal representación legal.



València, 106 – 108, baixos
 08015 Barcelona
 Tel. 93 226 59 66
 Fax: 93 22675 89
 ame@ameasistencia.com
 www.ameasistencia.com

Hechos que han dado lugar a la presentación de la queja o reclamación:.....

.....

.....

.....

.....

.....

El sujeto de la queja o reclamación se refiere a un Departamento de la entidad, o bien a un agente o corredor de seguros:

.....

.....

.....

.....

Manifieste que resultado pretende obtener tras la presentación de la queja o reclamación:

.....

.....

.....

.....

Documentos que adjunta

.....

.....

.....

.....

.....

El reclamante manifiesta que la materia objeto de la queja o reclamación no esta siendo causa de un procedimiento administrativo, arbitral o judicial.

En Barcelona, a... de.....de 20..

Firma: