

**Formulario de Atención de Reclamos a los Clientes Presenciales**

Fecha del Reclamo: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Número de Reclamo: \_\_\_\_\_

Número de Póliza: \_\_\_\_\_

**Datos Personales:**

Apellido Paterno: \_\_\_\_\_

Apellido Materno: \_\_\_\_\_

Nombres: \_\_\_\_\_

Razón Social: \_\_\_\_\_

Documento de Identidad: DNI  CE  RUC  Pasaporte  N°: \_\_\_\_\_Dirección: Jr.  Av.  Calle  \_\_\_\_\_

N°/Mz./Lt. \_\_\_\_\_

Distrito/Provincia: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Vía de Reclamo: Telefónica  Personal  Correo Electrónico  Carta Medio de Respuesta pactado: Carta  Teléfono  Correo Electrónico  Fax  Oficina Servicio al Cliente **Productos:** Seguros de Vida SOAT Vida Ley Rentas Vitalicias Seguro de Sepelio Robo y Asalto Accidentes Personales**Motivos:** Inadecuado o insuficiente información sobre el seguro contratado No recibió póliza de seguros Demora en el pago de la indemnización No reconoce seguro Rechazo por siniestro no cubierto Problema en la cobranza de primas No está conforme con el monto de la indemnización Reactivación de pólizas caducas o saldadas No está conforme con las condiciones de la póliza de seguros Cancelación indebida de la póliza de seguros Problemas con cheques (mal emitidos, duplicados, rechazados, falsos) Otro

Especificar: \_\_\_\_\_

**Documentos que se adjuntan**

1. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

5. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

6. \_\_\_\_\_

**Detalle del Reclamo**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Plazo estimado de respuesta: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma del Cliente

Firma y Nombre del receptor del reclamo

**Estado del Reclamo** Aceptado

Sustento: \_\_\_\_\_

 Rechazado

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_