

## FORMULARIO PARA PRESENTAR UNA QUEJA O RECLAMACIÓN ANTE EL SERVICIO DE RECLAMACIONES EN FORMATO PAPEL

Imprima el formulario y cumplimente todos los campos, en caso contrario no se podrá tramitar la queja o reclamación, salvo que los campos no cumplimentados estén señalados como opcionales. La Guía Práctica le indicará los pasos que debe seguir en caso de duda. Una vez cumplimentado, fírmelo y envíelo al Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, Paseo de la Castellana, 44 - 28046 Madrid.

NOTA: el presente formulario se desarrolla cumpliendo los requisitos exigidos por la Orden ECC/2502/2012, de 16 de noviembre, por la que se regula el procedimiento de presentación de reclamaciones ante los servicios de reclamaciones del Banco de España, la Comisión Nacional del Mercado de Valores y la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones.

|                                                                                                                               |                           |                                         |           |                                         |                                          |        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|-----------------------------------------|-----------|-----------------------------------------|------------------------------------------|--------|
| DATOS IDENTIFICATIVOS DEL RECLAMANTE                                                                                          |                           |                                         |           |                                         |                                          |        |
| N.I.F./ C.I.F. / NIE                                                                                                          |                           | NOMBRE/ DENOMINACIÓN SOCIAL             |           | PRIMER APELLIDO (Sólo personas físicas) | SEGUNDO APELLIDO (Sólo personas físicas) |        |
| DATOS IDENTIFICATIVOS DEL REPRESENTANTE (CUMPLIMENTAR ÚNICAMENTE CUANDO EL FORMULARIO SE PRESENTA POR MEDIO DE REPRESENTANTE) |                           |                                         |           |                                         |                                          |        |
| N.I.F./ C.I.F/ NIE                                                                                                            |                           | NOMBRE Y APELLIDOS/ DENOMINACIÓN SOCIAL |           |                                         |                                          |        |
| ADJUNTAR EN HOJA APARTE LA DOCUMENTACIÓN ACREDITATIVA DE LA REPRESENTACIÓN                                                    |                           |                                         |           |                                         |                                          |        |
| DIRECCION A EFECTOS DE NOTIFICACIONES                                                                                         |                           |                                         |           |                                         |                                          |        |
| CALLE                                                                                                                         |                           |                                         | NUMERO    | PISO                                    | ESCALERA                                 | PUERTA |
| MUNICIPIO                                                                                                                     | CODIGO POSTAL             |                                         | PROVINCIA |                                         | PAIS                                     |        |
| TELEFONO FIJO (opcional)                                                                                                      | TELEFONO MÓVIL (opcional) |                                         |           |                                         |                                          |        |
| DATOS IDENTIFICATIVOS DE LA/S ENTIDAD/ES RECLAMADA/S                                                                          |                           |                                         |           |                                         |                                          |        |
|                                                                                                                               |                           |                                         |           |                                         |                                          |        |
| TIPO DE SEGURO/PLAN DE PENSIONES SOBRE EL QUE SE RECLAMA (opcional)                                                           |                           |                                         |           |                                         |                                          |        |
|                                                                                                                               |                           |                                         |           |                                         |                                          |        |
| MOTIVO DE LA QUEJA O RECLAMACIÓN (PUEDE OPTAR POR REDACTARLA O ADJUNTARLA EN HOJA APARTE)                                     |                           |                                         |           |                                         |                                          |        |
| DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS EN LOS QUE FUNDAMENTE LA QUEJA O RECLAMACIÓN                                                        |                           |                                         |           |                                         |                                          |        |
|                                                                                                                               |                           |                                         |           |                                         |                                          |        |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| <p><b>CUANDO DIRIJA LA RECLAMACIÓN CONTRA SU PROPIA ENTIDAD ASEGURADORA</b> ADJUNTE EN HOJA APARTE LAS CONDICIONES GENERALES Y PARTICULARES DE LA PÓLIZA SI DISPONE DE ELLAS</p> <p><b>CUANDO DIRIJA LA RECLAMACIÓN CONTRA LA ENTIDAD GESTORA DE SU PLAN DE PENSIONES</b> ADJUNTE EN HOJA APARTE EL BOLETÍN DE ADHESIÓN AL PLAN DE PENSIONES Y DEMÁS DOCUMENTACIÓN CONTRACTUAL RECIBIDA</p> |                           |
| <p><b>DOCUMENTACIÓN NECESARIA PARA TRÁMITAR LA QUEJA O RECLAMACIÓN</b></p> <p>SERÁ NECESARIO QUE EL RECLAMANTE ADJUNTE UNO DE ESTOS DOCUMENTOS:</p>                                                                                                                                                                                                                                         |                           |
| <p>1. ADJUNTAR EN HOJA APARTE DOCUMENTO QUE ACREDITE QUE HA PRESENTADO LA QUEJA O RECLAMACIÓN <b>ANTE EL SERVICIO O DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN AL CLIENTE O, EN SU CASO, EL DEFENSOR DEL CLIENTE O PARTÍCIPE</b>, Y QUE <b>HAN TRANSCURRIDO DOS MESES</b> DESDE LA PRESENTACIÓN DE LA MISMA</p>                                                                                               |                           |
| <p>2. ADJUNTAR EN HOJA APARTE <b>LA CONTESTACIÓN DEL SERVICIO O DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN AL CLIENTE O, EN SU CASO, DEL DEFENSOR DEL CLIENTE O PARTÍCIPE</b> DE LA ENTIDAD CONTRA LA QUE SE RECLAMA.</p>                                                                                                                                                                                     |                           |
| <p><b>PRESENTA DOCUMENTACION ADJUNTA</b> (opcional)</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                           |
| <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                           |
| <p><b>LISTA DE ADJUNTOS</b> (opcional)</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                           |
| <p><u>Nombre del documento</u></p> <p>1.-</p> <p>2.-</p> <p>3.-</p> <p>[...]</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <p><u>Descripción</u></p> |
| <p><b>EL FIRMANTE HACE CONSTAR EXPRESAMENTE QUE LA PRESENTE QUEJA O RECLAMACIÓN NO SE ENCUENTRA PENDIENTE DE RESOLUCIÓN O LITIGIO NI HA SIDO RESUELTA ANTE ÓRGANOS ADMINISTRATIVOS, ARBITRALES O JURISDICCIONALES</b></p>                                                                                                                                                                   |                           |
| <p><b>LUGAR, FECHA, FIRMA</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                           |
| <p></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                           |

## PROTECCION DE DATOS

Los datos de carácter personal que consten en la solicitud serán tratados por la Dirección General de Seguros y fondos de Pensiones e incorporados a la actividad de tratamiento "Consultas y Reclamaciones DGSFP", cuya finalidad es la Realizar el control y seguimiento de consultas y reclamaciones planteadas ante la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, por los tomadores, asegurados, beneficiarios, terceros perjudicados y asociaciones, que estén relacionadas con sus intereses y derechos legalmente reconocidos y que deriven de presuntos incumplimientos por las entidades reclamadas de la normativa de transparencia y protección de la clientela o de las buenas prácticas en el mercado de seguros.

Finalidad basada en la obligación legal de la Dirección General de Seguros y fondos de Pensiones de atender las consultas recogidas en la Ley 20/2015, de 14 de julio, de ordenación, supervisión y solvencia de las entidades aseguradoras y reaseguradoras (LOSSEAR).

Los datos de carácter personal pueden ser comunicados a los Órganos Judiciales, Órganos de la Unión Europea (Supervisores Europeos), Otros Órganos de la Administración del Estado, Otros Órganos de la Comunidad Autónoma, Banco de España, CNMV (Ventanilla Única).

Los datos se conservarán durante el tiempo necesario para cumplir con la finalidad para la que se han recabado y para determinar las posibles responsabilidades que se pudieran derivar de dicha finalidad y del tratamiento de los datos. Será de aplicación la norma de archivos y patrimonio documental español.

Para solicitar el acceso, la rectificación, supresión o limitación del tratamiento de los datos personales o a oponerse al tratamiento, en el caso de se den los requisitos establecidos en el Reglamento General de Protección de Datos, así como en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personal y garantía de los derechos digitales, puede dirigir un escrito al responsable del tratamiento, en este caso, la DGSFP, dirigiendo el mismo a la Dirección General de Seguros y fondos de Pensiones, Paseo de la Castellana, 44, 28046 - MADRID o en el registro electrónico de la DGSFP.

Datos de contacto del DPD: [dpd@economia.gob.es](mailto:dpd@economia.gob.es)