



Identificación del Usuario Reclamante <sup>1</sup>		Hoja de Reclamación Nro.	Fecha de Registro de reclamo/ Queja ___/___/___
Nombres y Apellidos		DNI <input type="checkbox"/> / CE <input type="checkbox"/> / Pasaporte <input type="checkbox"/> Nro.	
Razón Social		RUC	
Correo Electrónico		Teléfonos	
Domicilio			
Distrito		Provincia	
Departamento		Referencias	
Datos del Padre/ Madre o Representante (Para el caso de menores de edad)			
Nombres y Apellidos		Doc. de Identidad	
Correo Electrónico		Teléfonos	
Domicilio			
Identificación del Bien Contratado			
Producto:	Nro. Póliza:	Certificado:	
Placa:	Fecha de Ocurrencia ___/___/___	Nro. de Siniestro:	
Monto Reclamado:		Servicio:	
<input type="checkbox"/> Reclamo: Disconformidad relacionada al producto y/o servicio			
<input type="checkbox"/> Queja: Disconformidad no relacionada a los productos o servicios, o malestar o descontento respecto a la atención al público.			
Motivo de Reclamo / Queja (Marcar el motivo)			
Inadecuada o insuficiente información sobre el seguro contratado	<input type="checkbox"/>	Demoras en el extorno de un cargo en cuenta no reconocido.	<input type="checkbox"/>
Errores en la cobranza de primas	<input type="checkbox"/>	Solicitud de reconsideración o apelación del reclamo declarado improcedente	<input type="checkbox"/>
Incumplimiento en la anulación de la póliza de seguros	<input type="checkbox"/>	Inadecuada atención al usuario	<input type="checkbox"/>
Error en los datos del usuario registrado en la empresa	<input type="checkbox"/>	Rechazo en la atención del siniestro	<input type="checkbox"/>
Demoras o incumplimientos de envío de correspondencia	<input type="checkbox"/>	Cancelación indebida de la póliza de seguros	<input type="checkbox"/>
No está conforme con las condiciones de la póliza / diagnóstico médico.	<input type="checkbox"/>	Otros(*)	<input type="checkbox"/>
No recibió póliza de seguros, certificado de seguro, endoso o cobertura provisional.	<input type="checkbox"/>	*Especifique:	
No está conforme con el monto de la indemnización, valoración del daño, reparación o accesorios.	<input type="checkbox"/>		
Incumplimiento de cláusulas de los contratos, pólizas, condiciones, acuerdos.	<input type="checkbox"/>		
Documentos que se adjuntan			
Detalle del Reclamo / Queja			
Pedido			
Autoriza recibir la respuesta de su reclamo por correo electrónico <sup>2</sup> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Firma del Usuario		Firma Ejecutivo de Atención	
Plazo Estimado para resolver (*):			
(*) El plazo de atención de un reclamo no debe exceder los 30 días contados a partir de la fecha de recepción del mismo.			
Observaciones y Acciones tomadas por el proveedor:		Aceptado <input type="checkbox"/>	Rechazado <input type="checkbox"/>
Sustento			
Fecha de comunicación de respuesta ___/___/___			

La formulación del reclamo no impide acudir a otras vías de solución de controversias ni es requisito previo para interponer una denuncia ante el INDECOPI. La compañía deberá dar respuesta al reclamo en un plazo no mayor a 30 (treinta) días calendario para seguros y 15 días calendario para microseguros, pudiendo ampliar el plazo hasta por 30 (treinta) días más previa comunicación al usuario.

1. Campo Obligatorio. En caso no se llenen los campos indicados el reclamo o queja se tendrá por no presentado

2. De elegir el envío de respuesta por correo electrónico, deberá mantener su cuenta de correo habilitada y en condiciones operativas para la recepción de dicha respuesta.