

## ATENCIÓN AL CLIENTE

### QUEJAS Y RECLAMACIONES

#### DATOS

Nombre y apellidos \_\_\_\_\_

D.N.I. \_\_\_\_\_

Razón social (empresa) \_\_\_\_\_

C.I.F. \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

Fax \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Número de Mutualista \_\_\_\_\_

Reclamante en calidad de:     tomador     asegurado     beneficiario

#### SUGERENCIAS

#### DOCUMENTACIÓN APORTADA

#### INFORMACIÓN ADICIONAL

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

L.O. 15/1999 (LOPD): Los datos recabados en este documento serán incorporados a un fichero de PREVISIÓN BALEAR, MPS, para la atención de quejas y reclamaciones. La presente queja / reclamación podrá ser comunicada a aquellas entidades o profesionales implicados en el asunto tratado, para la atención de la misma.

En caso de proporcionar datos de salud en el presente documento, Usted consiente expresamente al tratamiento de los mismos para las finalidades antes indicadas. Usted podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, mediante escrito acompañado de una copia de su D.N.I. y remitido a calle Gremi Sabaters, nº68 Piso 1º, 07009 Palma, Illes Balears, España. En caso de comunicar datos de terceros, Usted se compromete a informar y recabar el consentimiento de los interesados respecto a los extremos más arriba indicados, con carácter previo a dicha comunicación.

Me opongo a la comunicación de mi queja / reclamación a aquellas entidades o profesionales implicados en el asunto tratado, para las finalidades anteriormente definidas .

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Firma: \_\_\_\_\_