

## **FORMULARI DE QUEIXES I RECLAMACIONS**

### **Servei d'Atenció al Client de la Mutualitat Veïnal SINERA, MPS**

*Cal enviar aquest formulari degudament complimentat al Servei d'Atenció al Client de la Mutualitat Veïnal SINERA, a través del nº de fax 932.688.982, per correu a C. Doctor Aiguader nº 18, CP 08003 de Barcelona, o bé per correu electrònic: [reclamacions@sinera.cat](mailto:reclamacions@sinera.cat)*

*Per poder atendre la seva queixa/reclamació cal omplir obligatòriament els camps marcats amb un asterisc (\*)*

#### **Dades personals**

Nom i cognoms (\*) .....

DNI(\*) .....

Domicili (\*) .....

Població(\*).....CP(\*).....

Telèfon (\*)..... Fax.....

E-mail .....

#### **Dades de la pòlissa \***

Nº Pòlissa (\*).....

#### **Fets que motiven la queixa o reclamació \***

*Faci una descripció dels fets i motius de la seva queixa/reclamació. S'aconsella la màxima claredat en l'exposició*

.....

.....

.....

.....

.....  
.....

**El reclamant sol·licita\***

*Concreti les qüestions sobre les que sol·licita pronunciament, el resultat o petició concreta que vol obtenir*

.....  
.....  
.....

**Documentació que s'adjunta**

*Que acredita el que ha exposat*

.....  
.....

**Com desitja rebre resposta escrita**

Per:  Correu  E-mail  Fax

Idioma:  Català  Castellà

**El reclamant declara expressament que la matèria objecte de la queixa o reclamació no és objecte d'un procediment administratiu, arbitral o judicial.**

**Protecció de dades personals:** El reclamant autoritza expressament la incorporació i tractament de les dades personals als fitxers titularitat de SINERA, MPS, amb la finalitat de tramitar la queixa/reclamació formulada i donar compliment a legislació vigent sobre el Servei d'Atenció al Client. Pot exercitar el seus drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició mitjançant escrit adreçat a SINERA, MPS, C/ Doctor Aiguader 18, CP 08003 Barcelona o per correu electrònic: [sinera@sinera.cat](mailto:sinera@sinera.cat)

....., a ..... de ..... de .....