

FULL DE QUEIXA

dirigit al

DEFENSOR DEL MUTUALISTA

*Domicili: Cr. Mossèn Serapi Ferrer, 41 (08242
Manresa) Telèfon 938 773 333 Fax 938 773 557
Adreça electrònica: att.client@mutuacat.cat*

DADES DEL RECLAMANT

Nom i cognoms _____

D.N.I.: _____

Empresa: _____

NIF: _____

Domicili _____

Número de telèfon _____

Número de fax _____

E-mail _____

Mutualista núm. _____

Condicó del reclamant: Prenedor Assegurat Beneficiari
 Representant legal de _____

Dades del representant que, en el seu cas, presenti l'imprès en nom del reclamant:

Data de presentació de la reclamació al Servei d'Atenció al Mutualista _____

Data de resolució del Servei d'Atenció al Mutualista _____

MOTIU DE LA QUEIXA

(amb concreció de les qüestions sobre les quals es sol·licita un pronunciament del Defensor)

(.../...)

DOCUMENTACIÓ APORTADA

INFORMACIÓ ADDICIONAL QUE ES DESITGI COMUNICAR

El reclamant manifesta que la matèria objecte de la queixa o reclamació no està sent objecte d'un procediment administratiu, arbitral o judicial.

A _____, el ___ de _____ de _____

Signatura

EN CAS QUE ES DESITGI FACILITAR DADES O PROPORCIONAR INFORMACIÓ QUE, PER LA SEVA EXTENSIÓ, NO CÀPIGA A L' IMPRÈS, POT SER ADJUNTADA A AQUEST.