

## HOJA DE RECLAMACIÓN

Para solucionar cualquier incidencia con su seguro, contacte con la Compañía en las direcciones o teléfonos que figuran en la documentación contractual de su póliza, o a través de la oficina o mediador con el que contrató.

Si considera que su problema no ha sido resuelto de forma satisfactoria, le rogamos que cumplimente todos los campos del presente impreso, ya que en caso contrario no se podrá tramitar correctamente su queja o reclamación. Una vez cumplimentado, deberá enviarlo a nuestro SERVICIO DE DEFENSA DEL ASEGURADO, donde le daremos respuesta a la mayor brevedad posible, y, en todo caso, dentro de los dos meses que establece la normativa vigente y el Reglamento del Servicio de Defensa del Asegurado de SA NOSTRA Compañía de Seguros de Vida, S.A. **(Ver Nota 1)**.

### DATOS DEL RECLAMANTE

Nombre y apellidos o denominación social: \_\_\_\_\_

DNI  Pasaporte  CIF (Marcar con una X): \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Población: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono (opcional): \_\_\_\_\_ E-mail (opcional): \_\_\_\_\_

### Condición del reclamante (Ver Nota 2) (Marcar con una X)

Asegurado  Tomador  Beneficiario  Partícipe Plan de Pensiones  Tercero perjudicado

Causahabiente del: \_\_\_\_\_ Herederos legales del: . \_\_\_\_\_

### REPRESENTANTE (Ver Nota 3) (Cumplimentar únicamente cuando la reclamación se presenta por medio de representante)

Nombre y apellidos o denominación social: \_\_\_\_\_

DNI  Pasaporte  CIF (Marcar con una X): \_\_\_\_\_

### DIRECCIÓN A EFECTOS DE NOTIFICACIONES

Nombre y apellidos o denominación social: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Población: \_\_\_\_\_ Provincia: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

### DATOS DEL SEGURO/PLAN DE PENSIONES

Nº de póliza o Plan de Pensiones: \_\_\_\_\_ Nº de siniestro: \_\_\_\_\_

Ramo (Marcar con una X):  Vida  Pensiones \_\_\_\_\_

### DOCUMENTOS QUE ACOMPAÑA (Ver Nota 4)

Descripción y número de páginas: \_\_\_\_\_

**MOTIVO DE LA QUEJA O RECLAMACIÓN** (Explicar claramente cuál es la cuestión sobre la que se formula la queja o reclamación. Puede optar por redactarla o adjuntarla en hoja aparte)

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**RESULTADO QUE PRETENDE OBTENER CON LA QUEJA Y/O RECLAMACIÓN**

(Marcar con una X): El reclamante hace constar que las cuestiones planteadas en la reclamación no han sido objeto de litigio o impugnación ante los tribunales de justicia, ni se encuentran pendientes de resolución por parte de un órgano administrativo, arbitral o judicial.

A efectos de lo establecido en la vigente normativa de Protección de Datos de Carácter Personal, el reclamante consiente que los datos personales facilitados (incluso los de salud) sean incluidos por la Entidad Aseguradora en un fichero, y a su tratamiento posterior, al ser preceptiva su cumplimentación para tramitar la reclamación presentada, siendo destinataria y responsable del fichero SA NOSTRA Compañía de Seguros de Vida, S.A., con domicilio social en Avenida Comte de Sallent, 3.-2ª Planta, 07003 - Palma de Mallorca, donde el reclamante podrá ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición al tratamiento de los mismos, dirigiéndose a la atención del Representante Legal.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_

**Firma reclamante**

**Firma representante**

**NOTAS:**

- (1) Ley 44/2002, de 22 de noviembre, de Medidas de Reforma del Sistema Financiero y Orden ECO 734/2004, de 11 de marzo. Para plantear su reclamación al Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, deberá justificar haberla presentado anteriormente ante el Servicio de Atención al Cliente de la Compañía Aseguradora.
- (2) **Tomador:** Persona que contrató el seguro.  
**Asegurado:** Persona que está cubierta por la póliza.  
**Beneficiario:** Persona que recibe la prestación o indemnización asegurada.  
**Partícipe:** Persona adherida al Plan de Pensiones.
- (3) El reclamante representado deberá firmar este impreso o en su defecto se aportará la documentación que acredite la representación.
- (4) Cuando el reclamante sea el tomador del seguro, adjuntar las Condiciones Generales y Particulares de la póliza.

**CLÁUSULA DE SERVICIO DE DEFENSA DEL ASEGURADO - PROCEDIMIENTO DE RECLAMACIÓN**

1. SA NOSTRA Compañía de Seguros de Vida, S.A. pone a disposición de sus clientes su Servicio de Defensa al Asegurado, domiciliado en Avenida de Burgos, 109, 28050 Madrid; e-mail: [reclamaciones@casersanostravida.es](mailto:reclamaciones@casersanostravida.es).
2. Dicho Servicio atenderá y resolverá conforme a la normativa vigente, en el plazo máximo de dos meses desde su presentación, las quejas y reclamaciones planteadas, directamente o mediante representación acreditada, por todas las personas físicas o jurídicas, usuarios de seguros SA NOSTRA Compañía de Seguros de Vida, S.A., cuando las mismas se refieran a intereses y derechos legalmente reconocidos relacionados con sus operaciones de seguros, ya deriven de los propios contratos, de la normativa de transparencia y protección de la clientela o de las buenas prácticas y usos, en particular del principio de equidad.  
Las quejas y reclamaciones se presentarán por escrito en la oficina central de SA NOSTRA Compañía de Seguros de Vida, S.A. (AVDA. DE COMTE DE SALLENT, 3 2ª PLANTA 07003 PALMA DE MALLORCA), en la oficina central de CASER (Avda. Burgos 109, 28050, Madrid), o en cualquier oficina del GRUPO CASER, por correo o por medios informáticos, electrónicos o telemáticos siempre que éstos permitan su lectura, impresión y conservación, y respondan a los requisitos y características legales establecidas en el Reglamento del Servicio de Defensa del Asegurado.
3. Una vez obtenida la resolución y agotada la vía de reclamación ante el Servicio de Defensa al Asegurado, en caso de mantener su disconformidad con el resultado del pronunciamiento o habiendo transcurridos dos meses desde la fecha de recepción sin que dicho Servicio haya resuelto, podrá el reclamante presentar su reclamación ante el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones, en el Paseo de la Castellana, nº 44, 28046 Madrid, cuyas decisiones, no obstante, no son vinculantes. Igualmente, podrá someterlas a los juzgados y tribunales competentes.
4. En todas las oficinas de SA NOSTRA Compañía de Seguros de Vida, S.A. abiertas al público y en la página web de la Compañía, [www.sanostravida.es](http://www.sanostravida.es), nuestros clientes, usuarios o perjudicados, encontrarán a su disposición un modelo de impreso de reclamación así como el Reglamento del Servicio de Defensa al Asegurado de SA NOSTRA Compañía de Seguros de Vida, S.A., que regula la actividad y el funcionamiento del Servicio y las características y requisitos de presentación y resolución de quejas y reclamaciones.
5. En las resoluciones se tendrán en cuenta las obligaciones y derechos establecidos en las Condiciones Generales, Particulares y Especiales de los contratos; la normativa reguladora de la actividad aseguradora y la normativa de transparencia y protección de los clientes de servicios financieros (Ley de Contrato de Seguro, Ley de Ordenación, Supervisión y Solvencia de las Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras, y su Reglamento de desarrollo, texto refundido de la Ley de Regulación de los Planes y Fondos de Pensiones, Reglamento de Planes y Fondos de Pensiones, Ley de Medidas de Reforma del Sistema Financiero, Ley de Instituciones de Inversión Colectiva, Orden ECC/2502/2012, que regula el procedimiento de presentación de reclamaciones ante el Servicio de Reclamaciones de la Dirección General de Seguros y Fondos de Pensiones entre otros, Orden ECO 734/2004, de 11 de marzo, sobre los servicios de atención al cliente de las entidades financieras, texto refundido de la Ley General para la Defensa de Consumidores y Usuarios, Ley de Condiciones Generales de la Contratación y otras leyes complementarias).