



AL SERVICIO DE ATENCIÓN AL CLIENTE DE
ASISTENCIA CLÍNICA UNIVERSITARIA DE NAVARRA,
S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS (ACUNSA)

Póliza N°: **Teléfono:**

D/Dª: **NIF:**

Correo electrónico: **Domicilio:**

Localidad: **C.P.:** **Provincia:**

Condición del reclamante:

- Tomador
- Asegurado
- Titular
- Causahabiente del
- Representante legal del

Su queja o reclamación se refiere a:

- Departamento de ACUNSA
- Contratación
- Prestaciones
- Atención al público
- Atención telefónica
- Otros (señale cual)

¿Qué hechos han dado lugar a que Ud. presente esta queja o reclamación?

Manifieste qué resultado pretende obtener tras la presentación de la queja o reclamación

Documentos que adjunta :

.....

.....

.....

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

Firma:

INFORMACIÓN BÁSICA DE PROTECCIÓN DE DATOS

RESPONSABLE: Asistencia Clínica Universitaria de Navarra S.A. de Seguros y Reaseguros.

FINALIDAD: Tramitación de quejas y reclamaciones presentadas.

LEGITIMACIÓN: Atención de una solicitud, según art. 6.1, letra c, RGPD; Cumplimiento de obligaciones legales, según art. 6.1, letra b, RGPD.

DESTINATARIOS: No están previstas cesiones a terceras entidades.

DERECHOS: Acceder, rectificar, suprimir, entre otros contenidos en la información adicional, a través de la web de ACUNSA (www.acunsa.es), en el formulario 'Ejercicio de Derechos ArSol'.

INFORMACIÓN ADICIONAL: En la web: www.acunsa.es/rgpd

Firma:

En a de 20.....