



SUPERINTENDENCIA DE SEGUROS Y REASEGUROS DE PANAMÁ

FORMULARIO DE QUEJA

Panamá, ____ de _____ de 20__

Señor
Superintendente de Seguros y Reaseguros
E. S. D.

Quien suscribe, _____, portador(a) de la
Cédula de identidad personal número _____, por este medio presento formal
Queja en contra de la aseguradora _____

N° de Reclamo _____ N° de Póliza _____

Tipo de consumidor: Asegurado Afectado Beneficiario

HECHOS

(ESCRIBIR EN LETRA IMPRENTA)

PRIMERO: _____

SEGUNDO: _____

TERCERO: _____

CUARTO: _____

QUINTO: _____

SEXTO: _____

SÉPTIMO: _____

OCTAVO: _____

NOVENO: _____

DÉCIMO: _____

PRUEBAS

SOLICITUD

(NO SE INCLUYE LUCRO CESANTE, PERJUICIOS, COSTAS Y HONORARIOS PROFESIONALES)

FIRMA: _____

CÉDULA: _____

TELEFONOS: _____

E-MAIL: _____