

**HOJA DE RECLAMACION**

# **GRUPO MUTUA MADRILEÑA**

**MUTUA MADRILEÑA AUTOMOVILISTA  
MM GLOBALIS SAU DE SEGUROS Y REASEGUROS  
MUTUACTIVOS SAU SGIIC  
MUTUACTIVOS PENSIONES SAU SGFP**

**Fortuny 18  
28010 Madrid**

**Castellana 33  
28046 Madrid**

**Teléfonos: 91 592 29 59 y 91 592 30 21**

**Fax: 91.592.26.66**

**E-mail: [asinf@mutua-mad.es](mailto:asinf@mutua-mad.es)**

## **ARESA**

**Ronda de l'Universitat 22, 1º planta  
08007 Barcelona**

**Teléfono: 93 316 4080**

**Fortuny 18  
28010 Madrid**

**Teléfono: 91 204 82 00      Fax: 91.447.14.94**

**E-mail: [acalvo@aresa.es](mailto:acalvo@aresa.es)**

**Fortuny 18  
28010**

**Teléfonos: 91 592 29 59 y 91 592 30 21**

**Fax: 91. 592.26.66**

**E-mail: [asinf@mutua-mad.es](mailto:asinf@mutua-mad.es)**

D./Dña. \_\_\_\_\_

Empresa <sup>(1)</sup> \_\_\_\_\_

N.I.F. \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

Fax \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Póliza nº \_\_\_\_\_

Tipo seguro \_\_\_\_\_

(1) **Personas jurídicas:** deberá aportarse poder notarial de representación

Condición del reclamante <sup>(2)</sup>

Tomador

Asegurado

Partícipe

Beneficiario

Tercero perjudicado

Derechohabiente del \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Representante legal del \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(2) **Tomador:** persona que contrató el seguro  
**Asegurado:** persona cubierta por la póliza  
**Beneficiario:** en los Seguros de Vida, persona que recibe la prestación o indemnización asegurada.  
**Tercero perjudicado:** persona que ha sufrido daños causados por un asegurado de la entidad  
**Derechohabiente de cualquiera de ellos:** herederos legales  
**Representante legal** de cualesquiera de los anteriores, en cuyo caso deberá aportarse poder notarial que acredite tal representación legal



---

---

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.**

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 200

Firma: