



Fecha: \_\_\_\_\_

Este formulario es válido para quejas, reclamos y sugerencias referidas a la prestación del servicio de ARS Grupo Medico Asociado, S.A. Por favor complete todos los datos.

**Desea formular:**

Queja:

Reclamo:

Sugerencia:

**Datos personales:**

Nombre y Apellidos:  Póliza:

Dirección completa:

Teléfono:  E-mail:

**En calidad de:**

Afiliado:

Visitante:

Suplidor:

Empresa a la que representa:

**Hechos que motivan a la queja / reclamo / sugerencia**

ARS

Prestadora Servicio Centros

Prestadora Servicio Médico

Dpto. Cobertura

Negación de Servicio

Otros

**Descripción:**

---

\_\_\_\_\_

**Documentación que se adjunta:****Desea recibir nuestra respuesta (marcar con si o no)**Por correo: Por E-mail: Otro: 

Este formulario le será respondido en un término máximo de 7 días hábiles.

**Firma:**

Certifico que la información contenida en esta forma o en los documentos adjuntos son copias verdaderas y correctas de los originales

\_\_\_\_\_  
**Firma****Fecha:** \_\_\_\_\_**Nota:**

ARS Grupo Medico Asociado, S.A., le informa que los datos personales facilitados y recogidos en este formulario serán tratados e incluidos automáticamente en los ficheros de datos personales, siendo finalidad de la recogida y tratamiento de dichos datos la gestión y tramitación de su queja/reclamo/ sugerencia, así como, de mejorar la atención al cliente, nuestra organización y calidad de servicios prestados por la empresa. ARS GMA garantiza el buen uso de la información y en especial la plena confidencialidad de la misma y de los datos de carácter personal. Asimismo, se le informa de la posibilidad de ejercitar el derecho de acceso, rectificación, cancelación y oposición de sus datos personales mediante solicitud escrita, acompañada de copia de su documento de identidad.

**Resolución de quejas/ reclamos/ sugerencia (de manera corta y concreta, incluyendo plazos)****Responsable de la Resolución:****Nombre y Apellidos:** **Fecha:** \_\_\_\_\_