



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

Dpto. Cobertura

Prestadora Servicio Centros
Prestadora Servicio Médico

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:** _____