

FORMULARIO DE QUEJAS Y RECLAMOS



Estimado(a) socio(a), cliente o usuario(a) financiero(a): Para su respaldo, favor llenar, firmar y presentar este formulario por duplicado y exigir la fé de presentación en su copia:

IDENTIFICACIÓN DE LA OFICINA

OFICINA:

FECHA:

DÍA	MES	AÑO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

IDENTIFICACIÓN PERSONA NATURAL QUE PRESENTA EL RECLAMO

TIPO DE IDENTIFICACIÓN: CÉDULA PASAPORTE

NOMBRES Y APELLIDOS No. DE IDENTIFICACIÓN

IDENTIFICACIÓN PERSONA JURÍDICA QUE PRESENTA EL RECLAMO

RUC RAZÓN SOCIAL
NOMBRES Y APELLIDOS REPRESENTANTE LEGAL

DATOS DE CONTACTO

CORREO ELECTRÓNICO TELÉFONO CELULAR

DIRECCIÓN CALLE PRINCIPAL Nro. CALLE SECUNDARIA

IDENTIFICACIÓN DE QUEJA O RECLAMO

PRODUCTOS O SERVICIOS EN CUESTIÓN:

CUENTA DE AHORROS <input type="checkbox"/>	TARIFA POR SERVICIOS <input type="checkbox"/>	CAJERO AUTOMÁTICO <input type="checkbox"/>
DEPÓSITO A PLAZO FIJO <input type="checkbox"/>	PRESTAMOS <input type="checkbox"/>	RECAUDACIÓN <input type="checkbox"/>
TARJETA DE DÉBITO <input type="checkbox"/>	APP/WEB TRANSACCIONAL <input type="checkbox"/>	ATENCIÓN RECIBIDA <input type="checkbox"/>

OTRO - ESPECIFIQUE

NÚMERO DE CUENTA/TARJETA MONTO DEL RECLAMO (\$)

DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS MATERIA DE ESTE RECLAMO (Si requiere más espacio, puede adjuntar carta explicativa)

PETICIÓN EN CONCRETO QUE DIRIGE A LA COOPERATIVA

DOCUMENTOS ADJUNTOS:

COPIA DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN
COPIA DE TRANSACCIÓN OBJETO DEL RECLAMO
OTROS DOCUMENTOS

DOCUMENTOS ADICIONALES (Detallar)

AUTORIZACIÓN Y DECLARACIÓN DEL SOCIO(A), CLIENTE O USUARIO FINANCIERO

- Autorizo a la Cooperativa de Ahorro y Crédito Mujeres Unidas "Tantanakushka Warmikunapac" revisar la información necesaria para la tramitación del reclamo presentado y a que las notificaciones que se generen del presente reclamo, se me las haga llegar a la dirección, teléfono o correo electrónico arriba indicados.

- Declaro que todos los datos proporcionados en el formulario son verídicos y autorizo a la Cooperativa a realizar la validación que considere pertinente.

Firma del Reclamante
No. ID:

Responsable de la Atención