Superintendencia de Bancos e Instituciones Financieras Chile

FORMULARIO DE RECLAMO

Tel. (562) 887 92 00
Fax (562) 381 04 10
www.clientebancario.cl

Reclama en contra de:			
Fecha: / /	¿Ha presentado su inquietud al Banco?		
		SI	NO

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA (Use letra clara por favor)

(Si le falta espacio continúe al reverso)

SOLICITUD CONCRETA DEL RECLAMANTE:

SI DESEA QUE ENVIEMOS LA RESPUESTA POR E-MAIL MARQUE LA CASILLA	

DATOS

Nombre:			
Dirección:			
Comuna:		E-mail:	
RUT:		Teléfono:	

(Todos los datos son obligatorios; si falta alguno, el Formulario no será procesado)

_____

Firma