

COOPERATIVA DE AHORRO Y CRÉDITO UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FORMULARIO DE QUEJAS, DE RECLAMOS Y COBROS INDEBIDOS

Se solicita al socio o cliente tomar en cuenta las siguientes recomendaciones:

- Complete el formulario en un computador o dispositivo móvil
- Imprima el documento y fírmelo manualmente
- Los campos marcados con asterisco (*) son obligatorios.
- Todo reclamo es procedente sólo si cuenta con copia de cédula de identidad y la respectiva firma del titular
- Adjunte todos los documentos que considere necesarios para detallar su queja, reclamo o cobro indebido
- Para su respaldo exija una copia del presente formulario como la fe de presentación, con fecha y hora de recepción
- Considere que la Cooperativa tiene 30 días laborables para presentar respuesta a la presente solicitud de reclamo

TRAMITE No.

numero secuencial de uso
interno generado por la
cooperativa

Fecha de recepción de la queja o reclamo

Hora

1 DATOS DEL SOCIO / CLIENTE

*Nombres y apellidos completos o razón social

*Nº. de Identificación (cédula o pasaporte)

*Teléfono(s) de contacto

*Correo(s) electrónico (s) para notificaciones

2 DIRECCIÓN DEL DOMICILIO, esta información es exclusiva para fines de gestión, a esta dirección NO se realizarán notificaciones

Calle principal

Núm.

Calle secundaria

Provincia

Cantón

Parroquia

Referencia

3 DATOS DE LA COOPERATIVA, hace relación al empleado o canal de servicio al que se interpone la queja, reclamo o cobro indebido

a. *Fecha y hora de los hechos materia de la queja o reclamo

b. *Nombre del empleado de quien tiene su queja o reclamo

c. *Ciudad donde recibió el producto o servicio

d. *Escoja el(los) producto(s), servicio(s) o canal(es) utilizado(s) materia de esta queja, reclamo o cobro indebido

Trato al cliente

Caja

Plazo fijo

Préstamos

Coop. WEB

Información

Ahorros

Transferencia

Línea Crédito

App móvil

Tarifario / tasa

Certificados

Seguros

Cobranzas

Pago servicios

Otro producto o servicio

e. Monto, en caso de que el reclamo esté relacionado con un valor monetario

\$

f. Monto, en letras

4 *DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS, descripción de los hechos materia de esta queja, reclamo o cobro indebido de forma clara y concisa, especificando lugar donde ocurrieron los hechos.

5 *PETICIÓN ESPECÍFICA, descripción clara de su pedido a la Cooperativa de forma clara y concisa

6 *DOCUMENTOS ADJUNTOS

a. *Copia de cédula o pasaporte	X	d. Otros documentos de sustento que sean parte de los hechos de la queja, reclamo o cobro indebido	
c. Estado de cuenta			
b. Copia de la transacción			

7 ACEPTACIÓN Y AUTORIZACIÓN

- a. Acepto que las NOTIFICACIONES sobre el presente reclamo se me realice(n) al (los) correo(s) electrónico(s) señalados en el presente documento, en consecuencia me comprometo a revisar el correo(s) electrónico(s) señalado(s) en este formulario y a mantenerlo(s) habilitado(s) para recibir las correspondientes notificaciones.
- c. Conozco y acepto que para dar atención a mi queja o reclamo la Cooperativa podrá realizar revisiones a mis datos personales, datos bancarios y central de riesgos por lo que con mi firma AUTORIZO a la Cooperativa para que lo haga y la eximo frente a cualquier responsabilidad por esta acceso a mis datos para esta investigación
- b. Autorizo de manera libre, voluntaria, previa, explícita, informada e inequívoca a la COOPERATIVA DE AHORRO Y CRÉDITO DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR, para que de conformidad a lo dispuesto en la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales LOPDP, realice el tratamiento de mis datos personales suministrados en este canal electrónico.

***FIRMA DEL SOCIO O CLIENTE**
manual o electrónica válida

FIRMA DEL FUNCIONARIO RECEPTOR
Nombre:

El formulario y todos los sustentos debe ser entregados impresos en nuestra oficina matriz o puede enviar en un archivo (zip) comprimido no mayor a 2 Mb por correo electrónico a: quejasyreclamos@coopuce.fin.ec

PARA USO INTERNO DE LA COOPERATIVA

Estado de atención del reclamo		Monto restituido	\$	
Fecha de respuesta del reclamo		Interés sobre monto	\$	
Tipo de resolución del reclamo		Total restituido	\$	

OBSERVACIONES o ACLARACIONES

FIRMA DEL FUNCIONARIO QUE ATENDIÓ LA QUEJA O RECLAMO
Nombre: