

**FORMULARIO DE RECLAMOS**

|  |  |
| --- | --- |
| **DATOS DEL RECLAMANTE** | |
| **Lugar y Fecha de Solicitud:** |  |
| **Número de Identificación:** |  |
| **Apellidos y Nombres:** |  |
| **Números de Teléfono:** |  |
| **Correo Electrónico:** |  |
| **DETALLE DEL RECLAMO** | |
| **Nombre de la Institución:** |  |
| **DESCRIPCIÓN DEL RECLAMO** | |
| Autorizo expresa e irrevocablemente a EQUIFAX C.A., a terceras personas de ser necesario y/o a los proveedores de información, para que obtengan cuantas veces sean necesarias, de cualquier fuente, incluidos los burós de crédito, mi información de riesgos crediticios y datos de contacto que permitan gestionar adecuadamente el presente reclamo. | |
| |  | | --- | | Firma del Reclamante | | |
|
|
|
|
|
| **NOTA: Por favor, adjuntar copia de cédula.** | |