|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Logo BCCR**Boleta de Reclamación-Servicios Sinpe****Fecha \_\_\_\_\_de\_\_\_\_\_\_\_\_del 20\_\_\_\_\_\_** |  |  |

**Datos del Reclamante**

**Persona física (nombre completo) Persona Jurídica (Denominación completa) Número de Identificación (ID)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| **Dirección física** | **Dirección electrónica** | **Teléfonos** |

**Para persona jurídica indicar nombre del representante legal y número de identificación:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre:**  | **ID:**  |

**Entidad (Afiliado) sujeta a Reclamo:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre de la entidad:** | **Dirección (Agencia, Sucursal, etc.)** | **Funcionario (opcional)** |

**Detalle de la reclamación**

|  |  |
| --- | --- |
| Servicio Sinpe utilizado  | Número de Cuenta (s) IBAN |
| Número de referencia (25 dígitos) **(Si no se cuenta con el número de referencia. Detallar: fecha, monto, cuentas origen y destino, número de cédula origen y destino, etc.)** | Motivo de la reclamación  |

La información contenida en este formulario y la documentación aportada se mantendrán bajo estricta confidencialidad y se utilizarán sólo para los fines de la presente reclamación y conforme al **Artículo 49** del Reglamento del Sistema de Pagos podrá ser comunicada al Ente supervisor, salvo que en este acto se autorice al Banco Central de Costa Rica a hacer pública la información para los fines que estime pertinente.

**Enviar este formulario junto con la documentación al correo electrónico** **DSP-PAG-Vigilancia@bccr.fi.cr** **o** **reclamaciones@bccr.fi.cr**

**Puede también llamar al número 2243-3525.**

Autorizo a hacer pública esta información **Sí No**