

Av. El Bosque Sur 130 Piso 7, Las Condes - Santiago
Call Center: 600 221 3000
R.U.T.: 99.500.410-0
www.bancoconsorcio.cl

Sres. Banco Consorcio

Presente

En virtud de lo dispuesto en el artículo 3° inciso 2° de la ley 19.496, sobre Protección de los Derechos de los Consumidores, solicito a ustedes me informen el motivo por el cual me rechazaron el siguiente producto:

- Producto: _____

- Monto: \$[_____].

- Plazo: [_____]

- Fecha de Solicitud: [____] de [____] de [____].

Asimismo, les agradeceré que esta información sea enviada a la siguiente dirección de correo electrónico:

_____@_____.

Nombre Completo: _____

RUT: _____ - _____

Fecha: ____ / ____ / ____

Firma: _____

Observaciones:

En caso de no tener un correo electrónico, el Banco entregará esta información personalmente dentro del plazo de 10 días hábiles contados desde la recepción de esta solicitud, en cualquiera de sus oficinas, previa firma del solicitante.

Firma

