

RECLAMAÇÕES

DADOS DO RECLAMANTE

Nome completo _____

Nome completo do representante legal (se aplicável) _____

Tomador de Seguro

Segurado

Beneficiário

Participante de Fundo de Pensões

Representante Legal

Nº de apólice/adesão relativa à reclamação _____

DADOS DE CONTACTO DO RECLAMANTE / REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo _____

Morada _____

Telefone _____ Telemóvel _____

E-mail _____

Nº documento de identificação _____

FACTORES QUE MOTIVARAM A RECLAMAÇÃO

Descrição dos factos _____

Identificação dos intervenientes nos factos _____

Data dos factos que levaram à reclamação ____ / ____ / ____

Data da reclamação ____ / ____ / ____

Local da reclamação _____

Assinatura do reclamante _____