

## 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 \_\_\_\_\_