



FORMULÁRIO DE RECLAMAÇÃO

Departamento de Reclamações
Marketing e Comunicação
Av. De Berna, 24-D, 1069-170 Lisboa

1- Dados do Reclamante

Nome ou Razão Social (completo):

Nº de Identificação:

BI:

NIF/NIPC:

Qualidade do reclamante:

Tomador de Seguro Segurado Beneficiário Terceiro Lesado Representante

Morada:

Localidade:

Cod-Postal:

País:

E-mail:

Telf/Fax:

Telemóvel:

2- Dados do Representante (Preencher só em caso do reclamante ser uma pessoa jurídica)

Nome ou Razão Social:

Nº de Identificação:

BI:

NIF/NIPC:

Morada:

Localidade:

Cod-Postal:

País:

E-mail

Telf/Fax:

Telemóvel

3- Contrato ou sinistro que motivou a reclamação:

Apólice de Seguro de: nº:

Processo de sinistro nº:

Outros (especificar):

4- Acontecimento e motivo da reclamação:

Empty rectangular box for reporting the incident and reason for the complaint.

Data:

Local:

Assinatura: