



FAMASEGUR
CONSULTORES DE SEGUROS

“Relações de Confiança”

FORMULÁRIO DE RECLAMAÇÃO

Nome: _____ (1)

Qualidade: _____ (2)

Número do documento de identificação: _____ (3)

Morada: _____ (4)

Código Postal: _____ | Localidade: _____

Telefone: _____ | Telemóvel: _____ | Email: _____

Assunto:

Mensagem: _____ (5)

Elementos adicionais: _____ (6)

Local: _____, Data: _____ (7)

Assinatura: _____ (8)

Ao submeter este formulário, reconheço que o Mediador de Seguros, enquanto Responsável pelo Tratamento, irá utilizar os meus dados pessoais de acordo com as opções expressas no mesmo e nos termos da sua Política de Tratamento dos Clientes e da Gestão de Reclamações.

ANOTAÇÕES:

- (1) Indicar o nome completo do reclamante e, caso aplicável.
- (2) Referência à qualidade do reclamante, designadamente de tomador de seguro, segurado, beneficiário ou terceiro lesado ou de pessoa que o represente.
- (3) Indicar o número do documento de identificação do reclamante.
- (4) Indicar os dados de contacto do reclamante e, caso aplicável, da pessoa que o represente.
- (5) Descrição dos factos que motivaram a reclamação, com identificação dos intervenientes e da data em que os factos ocorreram, exceto se for manifestamente impossível.
- (6) Indicação dos elementos adicionais que o reclamante considere necessários para a gestão da sua reclamação.
- (7) Data e local da reclamação.
- (8) Assinatura.