

Direção Jurídica e de Compliance
 Av. de Berna, 24-D, 1069-170 Lisboa

1- Dados do Reclamante
Nome ou Razão Social (completo):
Nº de Identificação:
BI/CC: **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/CC: **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:

Data:	Local:
Assinatura:	