



## FORMULÁRIO DE RECLAMAÇÃO

Nº de Apólice ou Boletim de Adesão	
Nº de Processo de Sinistro	

Dados do Reclamante			
Nome Completo			
Referência à qualidade do Reclamante*			
Número do Doc. de Identificação ou NIF			
Contacto Telefónico		E-mail	

\*Tomador de seguro, pessoa segura, beneficiário ou terceiro lesado ou de pessoa que o represente

Descrição clara e pormenorizada dos factos que motivaram a reclamação, com identificação dos intervenientes e da data em que os factos ocorreram

Pretendido

Observações / Referência a documentos em anexo

Local, Data e Assinatura do Reclamante ou Representante Legal
---

Em \_\_\_\_\_, a \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_