



FORMULÁRIO DE RECLAMAÇÃO
SERVIÇO DE PROVIDORIA DO CLIENTE DE SEGUROS

1. IDENTIFICAÇÃO DO RECLAMANTE:

QUALIDADE:

Tomador de seguro Segurado Beneficiário Terceiro lesado Outro Qual: _____

Nome: _____

Morada: _____

Localidade: _____ Código Postal: _____ - _____ País: _____

Número de identificação: _____ Contribuinte fiscal: _____

Telefone: _____ Telemóvel: _____ Fax: _____

E-mail: _____

2. IDENTIFICAÇÃO DO RECLAMADO/SEGURADOR:

Nome: Companhia de Seguros Açoreana

Morada: Av. Barbosa du Bocage n° 85, 2°

Localidade: Lisboa

Código Postal: 1050 – 030

Apólice: _____ Processo: _____

Ramo de seguro: _____

3. OUTROS ELEMENTOS DE INTERESSE:

Foi apresentada reclamação junto do Segurador? Sim Data: ____/____/____

Não

Foi obtida resposta do Segurador? Sim Data: ____/____/____

Não

Foi instaurado algum procedimento judicial ou arbitral no sentido da resolução do litígio que motivou a presente reclamação? Sim Data: ____/____/____ Entidade _____

Não

4. MOTIVOS E DATA DA RECLAMAÇÃO:

