

FORMULÁRIO DE RECLAMAÇÃO
SERVIÇO DE GESTÃO DE RECLAMAÇÕES DA "CESCE"

1. IDENTIFICAÇÃO DO RECLAMANTE:

QUALIDADE:

Tomador de seguro Segurado Beneficiário Outro Qual: _____

Nome: _____

Morada: _____

Localidade: _____ Código Postal: _____ - _____

Pais: _____

Número de identificação: _____

Contribuinte fiscal: _____

Telefone: _____ Telemóvel: _____

Fax: _____

E-mail: _____

2. IDENTIFICAÇÃO DO RECLAMADO/SEGURADOR:

Nome: _____

Morada: _____

Localidade: _____ Código Postal: _____ - _____

Apólice: _____

Processo: _____

Ramo de seguro: _____

3. OUTROS ELEMENTOS DE INTERESSE:

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:

5. DESCRIÇÃO DOS FACTOS:

6. PRETENSÃO:

7. DOCUMENTOS QUE JUNTA:

8. OUTROS DADOS RELEVANTES:

9. LOCAL E DATA DA RECLAMAÇÃO:

Assinatura:
