

FORMULÁRIO DE RECLAMAÇÃO

Nome: _____ (1)

Qualidade _____ (2)

Número do documento de identificação _____ (3)

Morada _____ (4)

Código postal: _____ | Localidade _____

Telefone: _____ | Telemóvel: _____ | E-Mail: _____

Assunto _____

Mensagem _____ (5)

Elementos adicionais _____ (6)

Local: _____ , Data: _____ (7)

Assinatura _____ (8)

Ao submeter este formulário, reconheço que a Globo Corretores de Seguros, Lda, 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 Privacidade e Proteção de dados Pessoais.

ANOTAÇÕES:

- (1) Indicar o nome completo do reclamante e, caso aplicável, da pessoa que o represente (ou do colaborador que receba a reclamação nos termos da alínea a) e da subalínea iii) da alínea c) do n.º 2, do artigo 14.º do presente documento).
- (2) Referência à qualidade do reclamante, designadamente de tomador de seguro, segurado, beneficiário ou terceiro lesado ou de pessoa que o represente (ou do colaborador, nos casos referidos na parte final da anotação anterior).
- (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.