



ANEXO
FORMULÁRIO DE RECLAMAÇÃO

Nome: _____

Qualidade: _____

Número do documento de identificação: _____

Morada: _____

Código Postal: _____ | Localidade: _____

Telefone: _____ | Telemóvel: _____ | E-mail: _____

Assunto: _____

Mensagem: _____

Elementos adicionais: _____

Local: _____, Data: _____

Assinatura: _____

Ao submeter este formulário, reconheço que o Corretor de Seguros, enquanto Responsável pelo Tratamento, irá utilizar os meus dados de acordo com as opções expressas no mesmo e nos termos da sua Política de Privacidade e Proteção de dados Pessoais.

