FORMULÁRIO DE RECLAMAÇÃO

1. IDENTIFICAÇÃO DO RECLAMANTE

QUALIDADE:

Tomador de seguro ☐ Segurado ☐ Beneficiário ☐ Terceiro lesado ☐ Outro ☐ Qual: _____

Nome: _____

Morada: _____

Localidade: _____Código Postal: _____-____ Pais: _____

Número de identificação: _____ Número de Contribuinte: _____

Telefone: _____ Telemóvel: _____ Fax: _____

E-mail: _____ Apólice(s) n.º: _____

2. MOTIVOS E DATA DA RECLAMAÇÃO

_____

_____

_____

3. DESCRIÇÃO DOS FACTOS

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

4. DOCUMENTOS QUE ANEXA:

_____

_____

Autorizo que os dados pessoais recolhidos no presente documento sejam processados e armazenados informaticamente para efeitos de gestão da reclamação, incluindo a disponibilização dos dados a outras empresas, podendo envolver a transferência de informação para outros países, inclusive fora da União Europeia.

É-me garantido o direito de acesso e rectificação de qualquer dado que me diga respeito, podendo solicitar a sua correcção, aditamento ou eliminação, mediante contacto pessoal ou por escrito, para a sede da American Life Insurance Company, em Lisboa. É-me ainda garantido o compromisso de privacidade dos meus dados e de tomada de medidas adequadas para os preservar de forma confidencial e segura.

Data: ...../...../..... Assinatura: _____

Conforme documento de identificação