

CHAMAMOS A ATENÇÃO DE V.ª EX.ª PARA AS OBSERVAÇÕES E NOTAS INSERIDAS NO FIM DA PÁGINA SEGUINTE, AS QUAIS DEVEM SER CONSULTADAS ANTES DO INÍCIO DO PREENCHIMENTO DO PRESENTE FORMULÁRIO

Nome:

N.º de Pessoa¹:

NIF:

BI/CC:

Morada:

Localidade:

Código postal: -

Telefone

Fax:

E-Mail:

Qualidade em que efetua a reclamação:

- Tomador do seguro
- Segurado / Pessoa Segura
- Terceiro
- Beneficiário

Objeto sobre o qual incide a reclamação:

- Apólice
- Processo de sinistro

Descrição dos factos reclamados²:

Local, Data

O reclamante

Observações e instruções de preenchimento:

- Agradecemos que o preenchimento do formulário de apresentação de reclamação seja preferencialmente efetuado com recurso a caneta de tinta preta e letra tipográfica, para maior legibilidade do mesmo;
- Chamamos a atenção que os campos assinalados a negrito, são de preenchimento obrigatório;
- Após preenchimento e impressão, o formulário deve ser enviado para:

Centro de Gestão de Reclamações
Direção de Serviços Jurídicos
Lusitania, Companhia de Seguros, SA
Rua de São Domingos à Lapa, 35
1249-130 Lisboa
E-mail: gestaoreclamacoes@lusitania.pt
Fax: 213 973 233

Notas:

1. Indicação do número de cliente Lusitania. Em caso de desconhecimento do mesmo, por favor indicar o número de identificação fiscal do reclamante;
2. Descrição clara e pormenorizada dos factos que motivam a reclamação, designadamente, a data e o local em que os mesmos se verificaram e a identificação dos respetivos intervenientes.