

FOLHA DE RECLAMAÇÃO

Para resolver qualquer incidência com o seu seguro, contacte a Companhia, quer pelos endereços ou números de telefone que constam da documentação contratual da sua apólice, ou através do escritório ou mediador com quem a contratou.

Se considerar que o seu problema não foi resolvido de forma satisfatória, preencha todos os campos deste impresso, caso contrário, a sua queixa ou reclamação não poderá ser processada corretamente. Depois de preenchido, deverá enviá-lo para o nosso SERVIÇO DE DEFESA DO SEGURADO, o qual responderá o mais rapidamente possível e, em qualquer caso, no prazo de um mês, conforme estabelecido pela regulamentação em vigor. Se, por razões justificadas, for necessário ultrapassar este prazo, ser-lhe-á enviada uma comunicação, indicando os motivos do atraso.

DADOS DA PESSOA RECLAMANTE

Nome e apelidos ou denominação social: _____

☐ CC/BI ☐ Passaporte ☐ NIF (Assinalar com um X): _____

Morada: _____

Localidade: _____ Distrito: _____ Código postal: _____

Telefone: _____ E-mail: _____

Condição da pessoa requerente (Ver Nota 2) (Assinalar com um X)

☐ Pessoa tomadora ☐ Pessoa segura ☐ Pessoa beneficiária ☐ Pessoa participante Plano Pensão Plano ☐ Pessoa terceira lesada

Sucessor de: _____ Pessoas herdeiras legais de: _____

REPRESENTANTE (Ver Nota 3) (Preencher apenas quando a reclamação for apresentada por meio de representante)

Nome e apelidos ou denominação social: _____

☐ CC/BI ☐ Passaporte ☐ NIF (Assinalar com um X): _____

MORADA PARA EFEITOS DE NOTIFICAÇÕES

Nome e apelidos ou denominação social: _____

Morada: _____

Localidade: _____ Distrito: _____ Código postal: _____

E-mail: _____

DADOS DO SEGURO/PLANO DE PENSÕES

N.º de apólice ou Plano de Pensões _____ N.º de expediente: _____

_____ Ramo (Assinalar com um X): ☐ Automóvel ☐ Habitação ☐ Vida ☐ Saúde ☐

Pensões ☐ Outros _____

DOCUMENTOS ANEXOS (Ver Nota 4)

Descrição e número de páginas: _____

MOTIVO DA QUEIXA OU RECLAMAÇÃO (Explicar claramente qual é a questão sobre a qual se formula a queixa ou reclamação. Pode optar por escrevê-la ou anexá-la numa folha separada)

RESULTADO QUE PRETENDE COM A QUEIXA E/OU RECLAMAÇÃO

☐ **(Assinalar com um X):** A pessoa reclamante declara que as questões levantadas na reclamação não foram objeto de litígio ou contestação perante os tribunais de justiça, nem estão pendentes de resolução por parte de um órgão administrativo, arbitral ou judicial.

Em conformidade com a normativa vigente de Proteção de Dados, informamo-lo que os dados que nos facultar serão processados pela CAJA DE SEGUROS REUNIDOS, Compañía de Seguros y Reaseguros, S.A. - CASER-, com a finalidade de gerir a presente reclamação. A legitimidade do tratamento dos seus dados pessoais reside na necessidade de os processar para dar resposta à reclamação que formula. Poderá exercer os direitos de acesso, retificação, eliminação, portabilidade, limitação e oposição ao processamento, por correio postal ou eletrónico, validando a sua identidade. Por outro lado, informamo-lo sobre os dados de contacto da pessoa Delegada de Proteção de Dados. Morada postal: Avenida de Burgos, 109, 28050 – MADRID, Correio eletrónico: dpogrupocaser@helvetia.es.

Em _____, a _____ de _____ de 20_____

Assinatura da pessoa reclamante

Assinatura da pessoa representante

NOTAS:

(1) Lei 44/2002, de 22 de novembro, sobre a Reforma do Sistema Financeiro, Lei 7/2017, de 2 de novembro, sobre a resolução alternativa de litígios em matéria de consumo, Portaria ECO 734/2004, de 11 de março e Portaria CEC/2502/2012, de 16 de novembro. Para apresentar a sua reclamação ao Serviço de Reclamações da Direção-Geral de Seguros e Fundos de Pensões, deverá comprovar que a apresentou previamente ao Serviço de Atendimento ao Cliente da Companhia de Seguros.

(2) **Pessoa tomadora:** Pessoa que contratou o seguro.

Pessoa segurada: Pessoa que está coberta pela apólice.

Pessoa beneficiária: Pessoa que recebe a prestação ou indemnização segurada.

Pessoa participante: Pessoa incluída no Plano de Pensões

(3) A pessoa reclamante representada deverá assinar este impresso ou, à falta desta, apresentar documentação comprovativa da representação.

(4) Quando a pessoa reclamante for a tomadora do seguro, anexar as Condições Gerais e Particulares da apólice.