

General Counsel & Compliance

Av. de Berna, 24-D, 1069-170 Lisboa
Este formulário poderá ser dirigido à Una Seguros por correio postal ou, preferencialmente, por e-mail para reclamacoes@unaseguros.pt

1- Dados do Reclamante

Nome ou Razão Social (completo):

Nº de Identificação:

BI/CC:

NIF/NIPC:

Qualidade do reclamante:

Tomador de Seguro Segurado Beneficiário Terceiro Lesado Representante

Morada:

Localidade:

Cod-Postal:

País:

E-mail:

Telf/Fax:

Telemóvel:

2- Dados do Representante (Preencher só em caso do reclamante ser uma pessoa jurídica)

Nome ou Razão Social:

Nº de Identificação:

BI/CC:

NIF/NIPC:

Morada:

Localidade:

Cod-Postal:

País:

E-mail

Telf/Fax:

Telemóvel

3- Contrato ou sinistro que motivou a reclamação:

Apólice de Seguro de: nº:

Processo de sinistro nº:

Outros (especificar):

4- Acontecimento e motivo da reclamação:

TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS

Ao formalizar a reclamação através do presente formulário, declaro que conheço e concordo com o Aviso de Privacidade disponível para consulta em www.unaseguros.pt

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO – DADOS DE SAÚDE

Para efeitos de gestão de reclamações, quando em causa estão **categorias especiais de dados**, designadamente, **dados de saúde**, só é permitido o respetivo tratamento caso o titular dos dados o consinta expressamente. O tratamento dos dados de saúde poderá ser imprescindível para a preparação de resposta à reclamação apresentada.

Se o titular não prestar o seu consentimento para tratamento dos dados de saúde, ou o vier a revogar posteriormente, antes de respondida a reclamação, obstará à prossecução da tramitação da gestão do processo de reclamação. De qualquer forma, uma vez prestado, o consentimento pode ser retirado a todo o tempo, bastando para o efeito o titular os dados enviar um e-mail com o pedido para o endereço eletrónico dpo@unaseguros.pt ou por correio postal, ao cuidado do Encarregado de Proteção de Dados, para a morada Av. de Berna, n.º 24-D, 1069-170 Lisboa.

Consinto / **Não consinto** no tratamento de dados de saúde para a preparação da resposta à presente reclamação.

Data:

Local:

Assinatura: