

Formulário de Denúncia

Nome:

Morada:

Localidade:

Código Postal:

Telefone:

Telemóvel:

Email:

Assunto:

A área de atividade se insere o ato que pretende denunciar:

Mensagem:

Elementos Adicionais:

Local:

Data:

Assinatura:

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