

PRODUTO \_\_\_\_\_

A PREENCHER POR:  TOMADOR DO SEGURO  
 SEGURADO  
 TERCEIRO

APÓLICE

PROC./OCORRÊNCIA

**CLIENTE / TOMADOR DO SEGURO**

ENTIDADE SINGULAR

ENTIDADE COLECTIVA

Nome: \_\_\_\_\_  
Morada: \_\_\_\_\_ Caixa Postal: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_  
Província: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_  
Contribuinte: \_\_\_\_\_ Data Nasc.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo:  M  F  
Tels: Res./Principal: \_\_\_\_\_ Telem./Contacto: \_\_\_\_\_

**ACIDENTE**

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ Local: \_\_\_\_\_  
Província: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_  
Descrição (Pormenorizar circunstâncias, causas e consequências): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Se existirem mais seguros sobre os mesmos bens indique as Seguradoras e as respectivas Apólices:

**RECLAMANTE A**

ENTIDADE SINGULAR

ENTIDADE COLECTIVA

Dados Pessoais

Nome: \_\_\_\_\_  
Morada: \_\_\_\_\_ Caixa Postal: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_  
Província: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_  
Data Nasc.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo:  M  F Tels: Res./Principal: \_\_\_\_\_ Telem./Contacto: \_\_\_\_\_  
Contr. N.º \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_ Entidade Patronal: \_\_\_\_\_

Danos Materiais (*)	Objectos Danificados	Valor (no momento do acidente)	Possibilidade recuperação

(\*) Se necessário, preencher quadro de continuação no verso desta participação

Danos Corporais

Natureza dos danos sofridos \_\_\_\_\_  
Onde recebeu o 1.º tratamento? \_\_\_\_\_  
Foi internado? \_\_\_\_\_ Onde? \_\_\_\_\_

**RECLAMANTE B**

ENTIDADE SINGULAR

ENTIDADE COLECTIVA

Dados Pessoais

Nome: \_\_\_\_\_  
Morada: \_\_\_\_\_ Caixa Postal: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_  
Província: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_  
Data Nasc.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo:  M  F Tels: Res./Principal: \_\_\_\_\_ Telem./Contacto: \_\_\_\_\_  
Contr. N.º \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_ Entidade Patronal: \_\_\_\_\_

Danos Materiais (*)	Objectos Danificados	Valor (no momento do acidente)	Possibilidade recuperação

(\*) Se necessário, preencher quadro de continuação no verso desta participação

Danos Corporais

Natureza dos danos sofridos \_\_\_\_\_  
Onde recebeu o 1.º tratamento? \_\_\_\_\_  
Foi internado? \_\_\_\_\_ Onde? \_\_\_\_\_

