

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? _____

