



PRODUTO _____

A PREENCHER POR: TOMADOR DE SEGURO
 SEGURADO
 TERCEIRO

APÓLICE

PROC./OCORRÊNCIA

CLIENTE / TOMADOR DE SEGURO ENTIDADE SINGULAR ENTIDADE COLECTIVA

Nome: _____ Sigla: _____
 Morada: _____ Cód. Postal: _____ - _____ E-mail: _____
 N.º Contribuinte: _____ Data Nasc.: ____/____/____ Sexo: M F Tels: Res./Principal: _____
 Telem./Contacto: _____

ACIDENTE

Data: ____/____/____ Hora: _____
 Local: _____ Concelho: _____
 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: _____ Sigla: _____
 Morada: _____ Cód. Postal: _____ - _____ E-mail: _____
 N.º Contribuinte: _____ Data Nasc.: ____/____/____ Sexo: M F Tels: Res./Principal: _____
 Telem./Contacto: _____ 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: _____ Sigla: _____
 Morada: _____ Cód. Postal: _____ - _____ E-mail: _____
 N.º Contribuinte: _____ Data Nasc.: ____/____/____ Sexo: M F Tels: Res./Principal: _____
 Telem./Contacto: _____ 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? _____



