

CARIMBO DE ENTRADA

PARTICIPAÇÃO DE SINISTRO

- MULTIRRISCO CARAVELA Lar MULTIRRISCOS EDIFÍCIO
 MULTIRRISCO A.E.A. INCÊNDIO

CLIENTE Nº

APÓLICE Nº

PROCESSO Nº

1. TOMADOR DO SEGURO

Nome
 Domicílio
 Localidade Cód. Postal -
 BI N.º Contrib./ N.º Pessoa Coletiva Telefone / Fax

2. DESCRIÇÃO DO SINISTRO

Data do Acidente / / Hora a que se deu o acidente :
 Local do Acidente
 Descrição

 A autoridade foi chamada a intervir? Não Sim Indique qual?
 Considera que tem responsabilidade pelo sucedido? Não Sim (Junte documento comprovativo)
 Porquê?

3. IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL

Nome / / Data de Nascimento
 Domicílio
 Localidade Cód. Postal -
 Telefone / Fax Tem alguma ligação familiar ou profissional com o lesado? Não Sim
 Qual?

4. DESCRIÇÃO DOS BENS E VALORES AFETADOS PELO SINISTRO

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	€
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	€
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	€
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	€
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	€
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	€
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	€
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	€
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	€
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	€

5. DANOS CAUSADOS A TERCEIROS**5A. DANOS CORPORAIS**

Nome / /
Data de nascimento

Domicílio

Localidade Cód. Postal

Telefone / Fax Quais as lesões sofridas?

Local onde foi ou está a ser tratado?

Indique o nome do médico assistente

5B. DANOS MATERIAIS

Nome / /
Data de nascimento

Domicílio

Localidade Cód. Postal

Telefone / Fax Descreva os danos ocorridos bem como o seu valor estimado

Indique o local onde se encontram os objetos danificados e o telefone para contato

6. QUESTÕES DIVERSAS

Existe alguma entidade interessada nos bens seguros? Não Sim Qual?

Existe outro seguro que garanta este risco? Não Sim

Em que seguradora? Indique o nº da apólice e ramo

Teve algum sinistro semelhante a este ultimamente? Não Sim

Em que data? / / Qual o motivo?

7. TESTEMUNHAS

Nome

Domicílio

Localidade Cód. Postal

Telefone / Fax

Nome

Domicílio

Localidade Cód. Postal

Telefone / Fax

8. OUTRAS DECLARAÇÕES

Visto por _____ N.º Funcionário _____ / /

9. ASSINATURA

Data / / Assinatura / Carimbo do Tomador do seguro