



CARIMBO DE ENTRADA

RESPONSABILIDADE CIVIL GERAL PARTICIPAÇÃO DE SINISTRO

CLIENTE Nº

APÓLICE Nº

8

PROCESSO Nº

1. TOMADOR DO SEGURO

Nome

Domicílio

Localidade Cód. Postal -

BI N.º Contribuinte/N.º Pessoa Colectiva 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 (Junto documento comprovativo)

Porquê?

3. IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL / CAUSADOR

Nome / /
(Data de nascimento)

Domicílio

Localidade Cód. Postal -

Telefone/Fax Tem alguma ligação familiar ou profissional com o lesado? Não Sim

Qual?

4. DANOS CAUSADOS A TERCEIROS

4A. 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

Data da baixa médica / /

Consequência do acidente Sem Incapacidade Com Incapacidade Morte Regime de tratamento Internamento Ambulatório

4B. 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 objectos danificados e o telefone para contacto

5. 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?

6. TESTEMUNHAS

Nome

Domicílio

Localidade Cód. Postal

Telefone / Fax

Nome

Domicílio

Localidade Cód. Postal

Telefone / Fax

7. OUTRAS DECLARAÇÕES

Visto por _____ N.º Funcionário _____ / /

8. ASSINATURA

Data / / Assinatura / Carimbo do Tomador do seguro