



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? \_\_\_\_\_



