



PARTICIPAÇÃO DE SINISTRO

DATA DE ENTRADA

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? _____



TESTEMUNHAS

Nome : _____ Telefone : _____
 Morada : _____ Cód. Postal : _____ - _____
 Nome : _____ Telefone : _____
 Morada : _____ Cód. Postal : _____ - _____
 Nome : _____ Telefone : _____
 Morada : _____ Cód. Postal : _____ - _____

AUTORIDADE

Foi comunicada a ocorrência às autoridades? _____ PSP GNR PJ Posto/Brigada/Esquadra : _____
 N.º Processo ou Participação : _____

RESPONSABILIDADE POR OCORRÊNCIA

Em sua opinião, quem é o responsável pela ocorrência?
 Nome : _____ Telefone : _____
 Morada : _____ Cód. Postal : _____ - _____

DANOS MATERIAIS (Continuação)

Objectos Danificados	Valor (no momento do acidente)	Possibilidades recuperação

OBSERVAÇÕES

Nota: Nos sinistros provenientes da utilização de fogo de artifício, do exercício de caça ou quando causados por cães, torna-se indispensável comprovar a existência dos documentos que legalizem a:

- actividade do lançamento de fogo de artifício (Licença de Lançamento e Alvará ou Credencial do Lançador);
- prática da caça e/ou propriedade dos canídeos (Licença de Caça e de Uso e Porte de Arma; Licença do Cão e Certificado de Vacina).

PAGAMENTO DE INDEMNIZAÇÕES POR TRANSFERÊNCIA BANCÁRIA

Declaro que autorizo a Raimundo & Jerónimo, Lda. a transferir para a conta de que é titular e cujo NIB a seguir indica os montantes de eventuais indemnizações que lhe sejam devidos:

Banco : _____ Balcão : _____ N.I.B.: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Declaro ainda que autorizo o Banco supra mencionado a debitar a referida conta exclusivamente pelo montante dos depósitos indevidamente efectuados pela Raimundo & Jerónimo, Lda. e que esta lhe tenha comunicado e a creditar por igual valor a conta desta Seguradora.

ANEXO: comprovativo do Multibanco de que consta o NIB supra referido.

_____, _____ de _____ de _____
 Assinatura _____

