

1 TOMADOR DE SEGURO (Preenchimento Obrigatório de todos os campos)

Nome Pessoa Singular Empresa / Associação
 Data de Nascimento / /
Morada Email
Localidade Cód. Postal -
B.I./C.C. N° Contribuinte (*) Telef./Fax Telem.
(*) Informação Obrigatória nos termos da legislação em vigor

2 DADOS DO VEICULO (Preenchimento Obrigatório)

Data do Sinistro / / Causa
Marca Modelo Ano do Veículo N° de Portas
Versão Matrícula - -

3 OUTROS DADOS (Preenchimento Obrigatório)

Local de Reparação
Data da Reparação / / Telef./Fax Telem.

4 TIPOLOGIA DO VIDRO (Preenchimento Obrigatório)

Para-Brisas Óculo Traseiro direito Lateral Direito Pass. Lateral Esq. Cond. Triângulo porta Dir. Frente Triângulo porta Esq. Frente
 Óculo Traseiro Óculo Traseiro Esq. Lateral Direito Tras. Lateral Esq. Tras.. Triângulo porta Dir. Tras. Triângulo porta Esq. Tras.

5 OBSERVAÇÕES

6 ASSINATURA

_____ de _____ de 20 _____
Assinatura conforme B.I. ou Cartão Cidadão