caravela seguros

CARIMBO DE ENTRADA

RESPONSABILIDADE CIVIL GERAL
PARTICIPAÇÃO DE SINISTRO

CLIENTE Nº	APÓLICE Nº	PROCESSO Nº
	8	

1.TOMADOR DO SEGURO

Nome

Domicilio

Localidade Cód. Postal -

BI NºContribuinte/Nº 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)

Domicilio

Localidade Cód.Postal -

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

Qual?

NIPC 503 640 549 | Matrícula na C.R.C. de Lisboa nº 5942 | Capital Social 44.388.315,20 euros

CARAVELA - COMPANHIA DE SEGUROS, S.A.
Av. Casal Ribeiro nº 14
1000-092 Lisboa
+351 217 958 690
+351 213 245 079
www.caravelaseguros.pt

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.° Funcionário _____ / /

8. ASSINATURA

Data / / Assinatura / Carimbo do Tomador do seguro