

4. DANOS CAUSADOS A TERCEIROS

	4A. DANOS CORPORAIS
--	---------------------

Nome																														
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