caravela	•
seguros	

	CARIMBO DE ENTRADA	ACIDENTES PESSOAIS INDIVIDUAL VIAGENS ESCOLAR
caravela T		GRUPO BOMBEIROS OCUPANTES FAMILIAR AUTARCAS
seguros		PARTICIPAÇÃO DE SINISTRO
		CLIENTE N° APÓLICE N° PROCESSO
1. TOMADOR DO SEGURO		
Nama		
Nome Domícilio		
Localidade	Cód	Postal -
	rib./ Nº Pessoa Colectiva	Telefone / Fax
IBAN		
2. DESCRIÇÃO DO SINISTRO		
Data do Acidente /	/ Hora a que se d	deu o acidente
Local do Acidente	7	
Descrição		
,		
A autoridade foi chamada a intervir? Não	Sim Indique	qual?
Considera que tem responsabilidade pelo sucedido?		(Junte documento comprov.
Porquê?	Não Sir	
roique:		
3. IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL/CAUSAD	OOR	
Nome		
None		Data de Nascimento
Danisilia		
Domicilio	0445	Postal -
Localidade	Cód. F	
Telefone / Fax	Tem algum	ma ligação familiar ou profissional com o lesado? Não Sim
Qual?		
4A. DANOS CORPORAIS		
Nome		
IVOING	<u> </u>	_ Data de Nascimento
	NIF	· <u> </u>
Domicilio		
Localidade	Cód. F	Postal
Telefone / Fax	Quais as lesões so	ofridas?
Local onde foi ou está a ser tratado?		
Indique o nome do médico assistente		
Data da baixa médica /	/	
Consequência do acidente Sem incapac	cidade Com incapacida	lade Morte Regime de tratamento Internamento Ambula

VS01 / 2013

4B. DANOS MATER	RIAIS (SEGL	JRO ESC	OLAR)																											
Nome								Т	Т			Т	Т	Т	Т	7				Т	T			7/		T		/[Т	\exists
						Н	NIF	╁	\pm		\pm	÷	\pm	+	÷	╣					_	D	ata d	de n	asci	mer	nto	′ ∟		
Domicílio						Н	INII	누	+		+	+	+	+	┾	╀	_			_	_			Т			_	_	_	\neg
						Н			+	<u> </u>	+	+	+	+	H	+	4		_	_	_			_		_	_	_	_	=
Localidade					1		Cód. Po	ostal								J,														_
Telefone / Fax					Des	creva	os dano	occ	orridos	bem	como o	seu	valor	estima	ado															
																														╗
																														Ħ
Indique o local onde se en	contram os	objectos	danificad	os e o	telefone	para	contacto		$\overline{}$																					╡
																														╡
5. NO CASO DE AC	IDENTE DI	E VIAÇÃ	O PREEN	CHEF	R ESTE Q	UADI	RO																							
Veículo onde era transpor	tado o lesad	lo																												
Nome do Condutor															Ι					Ι				Ι						
Matrícula -	<u> </u>		Seg	urado	ora										1	Ар	ólio	ce	Г											\exists
Quantos passageiros trans	portava?		Ī																											_
Veículo Terceiro			_																											
Nome do Condutor				Т		Τ		Т	\top	Т		Т		Т	Т	\top			Т	Т	\neg			Т			Т	Т	\neg	
Matrícula -	 		Sen	urado)ra			_				_			╁	Ap	ماند	۰.	H	_	_	_		_		_	_	_	_	닉
] 5c9	urado	, ia											ΛР	, OII													
Quantos passageiros trans	portava?																													
6. QUESTÕES DIVE	200																													
0. Q0E310E3 B1VE	RSAS																													
Existe outro seguro que ga		isco?	Nâ	io [Sii	m																								
Existe outro seguro que ga		isco?	Nã	io [Sii	_	ndique o	nº d	la apó	lice]	e ra	mo										
Existe outro seguro que ga	nranta este r			io [_	ndique o	nº d	la apó	lice]	e ra	mo										
Existe outro seguro que ga Em que seguradora? Teve algum sinistro semell	nranta este r			ăo [Não	Ir	Sim	nº d	la apó	lice]	e ra	mo										
Existe outro seguro que ga	nranta este r			ão [Não	Ir	7	nº d	la apó	lice]	e ra	mo										
Existe outro seguro que ga Em que seguradora? Teve algum sinistro semell	nranta este r			ăo [Não	Ir	Sim	nº d	la apó	lice									e ra	mo										
Existe outro seguro que ga Em que seguradora? Teve algum sinistro semell Em que data?	nranta este r			io [Não	Ir	Sim	nº d	la apó	lice									e ra	mo										
Existe outro seguro que ga Em que seguradora? Teve algum sinistro semell Em que data? 7. TESTEMUNHAS	nranta este r			ňo [Não	Ir	Sim	nº d	la apó	lice									e ra	mo										
Existe outro seguro que ga Em que seguradora? Teve algum sinistro semell Em que data? 7. TESTEMUNHAS Nome	nranta este r			ão [Não	Ir	Sim otivo?			lice									e ra	mo										
Existe outro seguro que ga Em que seguradora? Teve algum sinistro semell Em que data? 7. TESTEMUNHAS Nome Domicílio Localidade	nranta este r				Não	Ir	Sim			lice									e ra	mo										
Existe outro seguro que ga Em que seguradora? Teve algum sinistro semell Em que data? 7. TESTEMUNHAS Nome	nranta este r			ão [Não	Ir	Sim otivo?			lice									e ra	mo										
Existe outro seguro que ga Em que seguradora? Teve algum sinistro semell Em que data? 7. TESTEMUNHAS Nome Domicílio Localidade	nranta este r			ão [Não	Ir	Sim otivo?			lice									e ra	mo										
Existe outro seguro que ga Em que seguradora? Teve algum sinistro semell Em que data? 7. TESTEMUNHAS Nome Domicílio Localidade Telefone / Fax	nranta este r			ão [Não	Ir	Sim otivo?			lice									e ra	mo										
Existe outro seguro que ga Em que seguradora? Teve algum sinistro semell Em que data? 7. TESTEMUNHAS Nome Domicílio Localidade Telefone / Fax Nome Domicílio	nranta este r				Não	Ir	Sim otivo?	postal		lice									e ra	mo										
Existe outro seguro que ga Em que seguradora? Teve algum sinistro semell Em que data? 7. TESTEMUNHAS Nome Domicílio Localidade Telefone / Fax Nome Domicílio Localidade	nranta este r				Não	Ir	Sim otivo?	postal		lice									e ra	mo										
Existe outro seguro que ga Em que seguradora? Teve algum sinistro semell Em que data? 7. TESTEMUNHAS Nome Domicílio Localidade Telefone / Fax Nome Domicílio	nranta este r				Não	Ir	Sim otivo?	postal		lice									e ra	mo										
Existe outro seguro que ga Em que seguradora? Teve algum sinistro semell Em que data? 7. TESTEMUNHAS Nome Domicílio Localidade Telefone / Fax Nome Domicílio Localidade	nante a este				Não	Ir	Sim otivo?	postal		lice									e ra	mo										
Existe outro seguro que ga Em que seguradora? Teve algum sinistro semell Em que data? 7. TESTEMUNHAS Nome Domicílio Localidade Telefone / Fax Nome Domicílio Localidade Telefone / Fax	nante a este				Não	Ir	Sim otivo?	postal		lice									e ra	mo										
Existe outro seguro que ga Em que seguradora? Teve algum sinistro semell Em que data? 7. TESTEMUNHAS Nome Domicílio Localidade Telefone / Fax Nome Domicílio Localidade Telefone / Fax	nante a este				Não	Ir	Sim otivo?	postal		lice									e ra	mo										
Existe outro seguro que ga Em que seguradora? Teve algum sinistro semell Em que data? 7. TESTEMUNHAS Nome Domicílio Localidade Telefone / Fax Nome Domicílio Localidade Telefone / Fax	nante a este				Não	Ir	Sim otivo?	postal		lice									e ra	mo										
Existe outro seguro que ga Em que seguradora? Teve algum sinistro semell Em que data? 7. TESTEMUNHAS Nome Domicílio Localidade Telefone / Fax Nome 8. OUTRAS DECLA	nante a este				Não	Ir	Sim otivo? Cód. Po	postal		lice									e ra	mo										
Existe outro seguro que ga Em que seguradora? Teve algum sinistro semell Em que data? 7. TESTEMUNHAS Nome Domicílio Localidade Telefone / Fax Nome Domicílio Localidade Telefone / Fax	nante a este				Não	Ir	Sim otivo? Cód. Po	postal		lice									e ra											
Existe outro seguro que ga Em que seguradora? Teve algum sinistro semell Em que data? 7. TESTEMUNHAS Nome Domicílio Localidade Telefone / Fax Nome 8. OUTRAS DECLA	nante a este				Não	Ir	Sim otivo? Cód. Po	postal		lice									e ra											
Existe outro seguro que ga Em que seguradora? Teve algum sinistro semell Em que data? 7. TESTEMUNHAS Nome Domicílio Localidade Telefone / Fax Nome 8. OUTRAS DECLA Visto por	nante a este				Não	Ir I	Sim otivo? Cód. Po Cód. Po Cód. Po Donário	ostal														Pess				a				