

**N.º APÓLICE**  **PROCESSO DE SINISTRO N.º**

**TOMADOR DO SEGURO**

NOME   
 MORADA   
 LOCALIDADE  CÓDIGO POSTAL  -   
 TELEFONE  TELEMÓVEL   
 NIB

**LOCAL DO SINISTRO**

MORADA   
 LOCALIDADE  CÓDIGO POSTAL  -   
 FREGUESIA  CONCELHO   
 DATA DO SINISTRO       HORA DO SINISTRO    
DIA MÊS ANO HORA MIN.

**DESCRIÇÃO DO SINISTRO E CAUSAS PRESUMÍVEIS**

**RELAÇÃO DOS DANOS MATERIAIS**

	VALOR
<input type="text"/>	<input type="text"/> · <input type="text"/> · <input type="text"/> , <input type="text"/> €
<input type="text"/>	<input type="text"/> · <input type="text"/> · <input type="text"/> , <input type="text"/> €
<input type="text"/>	<input type="text"/> · <input type="text"/> · <input type="text"/> , <input type="text"/> €
<input type="text"/>	<input type="text"/> · <input type="text"/> · <input type="text"/> , <input type="text"/> €
<input type="text"/>	<input type="text"/> · <input type="text"/> · <input type="text"/> , <input type="text"/> €
<input type="text"/>	<input type="text"/> · <input type="text"/> · <input type="text"/> , <input type="text"/> €
<b>TOTAL RECLAMADO</b>	<input type="text"/> · <input type="text"/> · <input type="text"/> , <input type="text"/> €

**DANOS CAUSADOS A TERCEIROS**

NOME DO LESADO   
 MORADA   
 LOCALIDADE  CÓDIGO POSTAL  -   
 TELEFONE  TELEMÓVEL   
 N.º CONTRIBUINTE   
 ESTADO CIVIL  IDADE  PROFISSÃO   
 É PARENTE DO SEGURADO ? NÃO  SIM  GRAU DE PARENTESCO   
 NIB

**AUTORIDADES INTERVENIENTES (ANEXAR COMPROVATIVOS DOS PROCESSOS)**

LOCAL DA PARTICIPAÇÃO     DIA MÊS ANO  O SEGURADO

