



N.º APÓLICE  PROCESSO DE SINISTRO N.º

**TOMADOR DO SEGURO / SEGURADO**

NOME   
 MORADA   
 LOCALIDADE  CÓDIGO POSTAL  -   
 TELEFONE  TELEMÓVEL   
 NIB

**LOCAL DO SINISTRO**

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

**DESCRIÇÃO DO SINISTRO E CAUSAS PRESUMÍVEIS**

**RELAÇÃO DOS BENS SINISTRADOS**

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

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

ENTIDADE TRANSPORTADORA   
 FOI APRESENTADA RECLAMAÇÃO AO TRANSPORTADOR ? NÃO  SIM  (ANEXAR DOCUMENTO COMPROVATIVO)

LOCAL DA PARTICIPAÇÃO            
DIA MÊS ANO O SEGURADO

