

PARTICIPAÇÃO DE SINISTRO

Apólice

Processo

SEGURADO

Nome

NIF

SINISTRO

Local do Sinistro

Data

 / /

Hora

 :
LINHA DE ASSISTÊNCIA

O Sinistro já foi participado pela Linha de Assistência?

 Sim Não

DESCRIÇÃO DA OCORRÊNCIA

ENTIDADES INTERVENIENTES

O Sinistro foi participado às autoridades?

 Sim Não

Posto GNR/PSP

DANOS MATERIAIS

 €
 €
 €
 €

Total

DANOS CORPORAIS

Partes do corpo atingidas

Tipo de Lesões

Onde foi prestada a 1ª assistência?

Nome do médico assistente

Morada

Tel./Tlm.

Houve internamento hospitalar?

 Sim Não Hospital/Clinica

LESADOS

Nome

NIF

Morada

Localidade

Cód. Postal

-

Tel.

PARA PERITAGEM, SE NECESSÁRIO

Contacto

Tel.

OUTRAS DECLARAÇÕES

Local e Data _____, _____ de _____ de _____

Assinatura _____

