



#### 4. DANOS CAUSADOS A TERCEIROS

##### 4A. DANOS CORPORAIS

Nome  /  /   
Data de nascimento

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