

**DADOS SEGURO**

COMPANHIA \_\_\_\_\_ APÓLICE \_\_\_\_\_ PROCESSO \_\_\_\_\_

**TOMADOR DO SEGURO**

NOME \_\_\_\_\_

MORADA \_\_\_\_\_

CODIGO POSTAL \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ LOCALIDADE \_\_\_\_\_

NIF \_\_\_\_\_ TELEFONE \_\_\_\_\_ E-MAIL \_\_\_\_\_

**SINISTRADO**

NOME \_\_\_\_\_

MORADA \_\_\_\_\_

CODIGO POSTAL \_\_\_\_\_ LOCALIDADE \_\_\_\_\_

NIF \_\_\_\_\_ TELEFONE \_\_\_\_\_ E-MAIL \_\_\_\_\_

DATA NASCIMENTO \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

IBAN \_\_\_\_\_ *(para efeitos de reembolso)*

**DADOS SINISTRO**

DATA \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ HORA \_\_\_\_\_ LOCAL \_\_\_\_\_

DESCRIÇÃO \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

PARTE DO CORPO ATINGIDA \_\_\_\_\_ TIPO DE LESÃO \_\_\_\_\_

HOUVE INTERVENÇÃO DA AUTORIDADE? GNR/PSP  BOMBEIROS

ENTIDADE QUE PRESTOU OS PRIMEIROS SOCORROS \_\_\_\_\_

**OBSERVAÇÕES**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

LOCAL

ASSINATURA DO  
TOMADOR / PARTICIPANTE

DATA

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_