

OUTRAS DECLARAÇÕES

OUTRAS INFORMAÇÕES

Autoridade que tomou conta da ocorrência: _____

Testemunhas presenciais do acidente (Indicar Nomes, Moradas e Telefones)

Há Salvados? Não Sim

Valor Aproximado, € _____

Existe outro seguro sobre os bens afectados? Não Sim

Existe interesse de terceiros sobre os bens sinistrados? Não Sim

Em que Companhia? _____ A favor de quem? _____

Apólice n° _____

TERCEIROS LESADOS

Nome: _____

Morada: _____

Cód. Postal: [] [] [] [] - [] [] [] _____ Localidade _____

Freguesia: _____ Telefone: _____ Fax: _____

Especificar os danos, valorizando sempre que possível.

Nome: _____

Morada: _____

Cód. Postal: [] [] [] [] - [] [] [] _____ Localidade _____

Freguesia: _____ Telefone: _____ Fax: _____

Descrição pormenorizada do Acidente:

Nome: _____

Morada: _____

Cód. Postal: [] [] [] [] - [] [] [] _____ Localidade _____

Freguesia: _____ Telefone: _____ Fax: _____

Descrição pormenorizada do Acidente:

Assinatura do Segurado
