

**SEGURO MULTIRRISCOS**  
**Participação de Sinistro**

Preencher integralmente.  
Indicar sempre a identificação de testemunhas presenciais e/ou de autoridade que hajam tomado conta da ocorrência.

Nº Apólice

**1. Segurado**

Nome			
Morada			
Localidade		Caixa Postal <input type="text"/>	
Telefone	Telemóvel	Fax	
E-mail		NIF	

**2. Ocorrência do Sinistro**

Data <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	Hora <input type="text"/> :
Localidade	Caixa Postal <input type="text"/>
Município	Província
Descrição Pormenorizada	
<input type="text"/>	

**3. Contacto**

Para efeito de peritagem indique: pessoa e telefone a contactar.

**4. Bens Afectados**

Descrição pormenorizada dos bens danificados e respectiva valorização

1. <input type="text"/>	Valor <input type="text"/>	AOA
2. <input type="text"/>	Valor <input type="text"/>	AOA
3. <input type="text"/>	Valor <input type="text"/>	AOA
4. <input type="text"/>	Valor <input type="text"/>	AOA
5. <input type="text"/>	Valor <input type="text"/>	AOA

*Nota: Tratando-se de quebra de vidros, para mais rápida regularização do sinistro, junte cópia da(s) factura(s)*

**5. Responsabilidade Civil**

Há danos a terceiros?  Não  Sim

Valor aproximado dos danos causados  AOA

*Nota: A reclamação escrita do lesado deve ser anexada à participação ou enviada para o segurador com a maior brevidade.*

**SEGURO MULTIRRISCOS**  
**Participação de Sinistro**

**6. Informações Complementares**

Foi feita a comunicação às autoridades?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
Em caso afirmativo, a qual?	Data da Participação ____/____/____	Nº Processo
Testemunhas do acidente (indicar nomes, moradas e telefones)		
_____		
_____		
_____		
Foi pedida a intervenção dos bombeiros?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
Existe credor sobre bens sinistrados?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim. A Favor de quem?

**7. Terceiros Lesados**

Nome	
Morada	
Localidade	Caixa Postal <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NIF
Especificar os danos, valorizando-os sempre que possível	
_____	
_____	
_____	
Nome	
Morada	
Localidade	Caixa Postal <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NIF
Especificar os danos, valorizando-os sempre que possível	
_____	
_____	
_____	

**8. Outros Seguros**

O risco proposto está seguro?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim. Indique a seguradora	Nº Apólice <input type="text"/>
-------------------------------	------------------------------	--	---

**9. Pagamento de Indemnização por Transferência Bancária**

Banco	Balcão
IBAN	

Local e Data

Assinatura Tomador/Segurado

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_