TREVO
SEGUROS
Tomamos conta!

PARTICIPAÇÃO DE SINISTRO

Apólice N.º

Ramo

Sinistro N.º

Data de participação
dia mês ano

TOMADOR DO SEGURO

Pessoa singular Pessoa Colectiva

Nome

Contribuinte n.º E-mail Tlm.

Rua Bairro

Município Cidade Província

LOCAL E DESCRIÇÃO DO SINISTRO

Rua Bairro

Município Cidade Província

Data do Sinistro
dia mês ano
Hora do Sinistro :

Descrição do Sinistro

RELAÇÃO DOS DANOS

	VALOR AKZ
TOTAL RECLAMADO	

DANOS CAUSADOS A TERCEIROS

Nome

E-mail Contacto Telefónico

Rua Bairro

Município Cidade Província

OBSERVAÇÕES

(Se o sinistro se der por culpa de terceiros mencione este facto nas observações)

SERVIÇOS DA COMPANHIA	O TOMADOR DO SEGURO
Assinatura, carimbo e data	Assinatura e carimbo

A enviar à Seguradora no prazo de 24 horas.

PSINGEN 102015