

POR DOENÇA

QUANTO TEMPO O SEGURADO JÁ ERA PORTADOR DA MESMA?

POR ACIDENTE DE VIAÇÃO

SEGURADO ERA O CONDUTOR? NÃO SIM

TESTEMUNHAS PRESENCIAIS DO ACIDENTE (NOMES E CONTACTOS) _____

AUTORIDADES QUE TOMARAM CONTA DA OCORRÊNCIA _____

EXISTE OUTRO SEGURO QUE ABRANJA ESTE ACIDENTE? NÃO SIM SE SIM, QUAL? _____

APÓLICE Nº [| | | | | | | | | |]

4

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

ASSINATURA DO PARTICIPANTE

LOCAL _____

DATA [D | D | M | M | A | A | A | A]