

DANOS CAUSADOS A TERCEIROS

Dados do Terceiro

Nome _____
Rua _____
Bairro _____Município _____Província _____
E-mail _____Telefone _____

Relação dos danos

Descrição	Valor (Akz)
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Total Reclamado _____

Preencher em caso de Danos Corporais a Terceiros

Estado Civil Casado Solteiro Divorciado Viúvo Data de nascimento ___/___/___
Profissão _____ Salário Mensal íliquido Akz _____
O sinistrado está ao abrigo do seguro de Acidentes de Trabalho Sim Não
se sim, Companhia _____ e número de Apólice _____
Foi formulado algum pedido de indemnização Sim Não (Se sim juntar documentação)
Lesões apresentadas _____
Teve assistência no local do sinistro Sim Não em caso afirmativo, por quem _____
Transporte utilizado _____
Tem assistência hospitalar no Bairro Sim Não Em caso afirmativo, qual _____

Assinatura do Tomador

Assinatura do terceiro

A PREENCHER PELOS SERVIÇOS DA COMPANHIA /PRODUTOR

Nome _____
Data ___/___/___ Rubrica _____
Nome do mediador _____ N° de mediador _____
Data ___/___/___ Rubrica _____

