PARTICIPAÇÃO DE SINISTRO
Multi-Riscos

STA Seguros

Data da participação ___/___/___
Apólice nº _____
Sinistro nº _____

TOMADOR DE SEGURO (SEGURADO)

Nome/Empresa _____

Telemóvel (obrigatório) _____ Contribuinte nº(obrigatório) _____

BI. / Outro nº _____ Data de Emissão ___/___/___ Sexo ☐ F ☐ M

Data de nascimento ___/___/___ E-mail _____

Rua _____ Bairro _____ Município _____

Província _____ Telefone _____ Passaporte nº_____

Profissão/ CAE _____

LOCAL E DESCRIÇÃO DO SINISTRO

Data ___/___/___ às _____ : ____ horas

Rua _____

Bairro _____ Município _____ Província _____

Descrição do sinistro

_____

_____

_____

_____

_____

_____

RELAÇÃO DOS DANOS MATERIAIS

Descrição	Valor (Akz)

Total Reclamado _____

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 ilíquido Akz _____

O sinistrado está ao abrigo do seguro de Acidentes de Trabalho ☐ Sim ☐ Não

se sim, Companhia _____ e numero 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 _____ Nº de mediador_____

Data ___/___/___ Rubrica _____