



TRANQUILIDADE

PARTICIPAÇÃO DE SINISTRO

PRODUTO **RESPONSABILIDADE CIVIL**



DATA DE ENTRADA

A PREENCHER POR: TOMADOR DE SEGURO
 SEGURADO
 TERCEIRO

APÓLICE

0002286213

PROC./OCORRÊNCIA

CLIENTE / TOMADOR DE SEGURO

ENTIDADE SINGULAR

ENTIDADE COLECTIVA

Nome: **FPCUB - FEDERAÇÃO PORTUGUESA DE CICLOTURISMO E UTILIZADORES DA BICICLETA** Sigla: _____

Morada: **Rua Bernardo Lima, 35 - 2ºB** Cód. Postal: **1150 - 075** E-mail: _____

N.º Contribuinte: _____ Data Nasc.: ____/____/____ Sexo: M F Tels: Res./Principal: **213 159 648 / Fax: 213 561 253**

Telem./Contacto: _____ Nº Sócio FPCUB: _____

ACIDENTE

Data: ____/____/____ Hora: ____ Nº Quadro: _____ Marca: _____

Local: _____ Concelho: _____

Descrição (Pormenorizar circunstâncias, causas e consequências): _____

Se existirem mais seguros sobre os mesmos bens indique as Seguradoras e as respectivas Apólices:

RECLAMANTE A

ENTIDADE SINGULAR

ENTIDADE COLECTIVA

Dados Pessoais

Nome: _____ Sigla: _____

Morada: _____ Cód. Postal: _____ - _____ E-mail: _____

N.º Contribuinte: _____ Data Nasc.: ____/____/____ Sexo: M F Tels: Res./Principal: _____

Telem./Contacto: _____ Profissão: _____ Entidade Patronal: _____

	Objectos Danificados	Valor (no momento do acidente)	Possibilidade recuperação
Danos Materiais (*)			

(*) Se necessário, preencher quadro de continuação no verso desta participação

Danos Corporais

Natureza dos danos sofridos _____

Onde recebeu o 1.º tratamento? _____

Foi internado? _____ Onde? _____

RECLAMANTE B

ENTIDADE SINGULAR

ENTIDADE COLECTIVA

Dados Pessoais

Nome: _____ Sigla: _____

Morada: _____ Cód. Postal: _____ - _____ E-mail: _____

N.º Contribuinte: _____ Data Nasc.: ____/____/____ Sexo: M F Tels: Res./Principal: _____

Telem./Contacto: _____ Profissão: _____ Entidade Patronal: _____

	Objectos Danificados	Valor (no momento do acidente)	Possibilidade recuperação
Danos Materiais (*)			

(*) Se necessário, preencher quadro de continuação no verso desta participação

Danos Corporais

Natureza dos danos sofridos _____

Onde recebeu o 1.º tratamento? _____

Foi internado? _____ Onde? _____



TESTEMUNHAS

Nome : _____ Telefone: _____
Morada : _____ Cód. Postal : _____ - _____
Nome : _____ Telefone: _____
Morada : _____ Cód. Postal : _____ - _____
Nome : _____ Telefone: _____
Morada : _____ Cód. Postal : _____ - _____

AUTORIDADE

Foi comunicada a ocorrência às autoridades? PSP GNR PJ Posto/Brigada/Esquadra : _____
N.º Processo ou Participação : _____

RESPONSABILIDADE POR OCORRÊNCIA

Em sua opinião, quem é o responsável pela ocorrência?

Nome : _____ Telefone: _____
Morada : _____ Cód. Postal : _____ - _____

DANOS MATERIAIS (Continuação)

Objectos Danificados	Valor (no momento do acidente)	Possibilidades recuperação

OBSERVAÇÕES

Nota: Nos sinistros provenientes da utilização de fogo de artifício, do exercício de caça ou quando causados por cães, torna-se indispensável comprovar a existência dos documentos que legalizem a:

- actividade do lançamento de fogo de artifício (Licença de Lançamento e Alvará ou Credencial do Lançador);
- prática da caça e/ou propriedade dos cães (Licença de Caça e de Uso e Porte de Arma; Licença do Cão e Certificado de Vacina).

PAGAMENTO DE INDEMNIZAÇÕES POR TRANSFERÊNCIA BANCÁRIA

Declaro que autorizo a Companhia de Seguros Tranquilidade, S. A. a transferir para a conta de que é titular e cujo NIB a seguir indica os montantes de eventuais indemnizações que lhe sejam devidos:

Banco : _____ Balcão : _____ N.I.B. : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Declaro ainda que autorizo o Banco supra mencionado a debitar a referida conta exclusivamente pelo montante dos depósitos indevidamente efectuados pela Companhia de Seguros Tranquilidade, S. A. e que esta lhe tenha comunicado e a creditar por igual valor a conta desta Seguradora.

ANEXO: comprovativo do Multibanco de que consta o NIB supra referido.

_____ , _____ de _____ de _____

Assinatura _____

Companhia de Seguros Tranquilidade, S.A.
Capital Social €135.000.000
Registo C.R.C. de Lisboa n.º 640
NIPC 500 940 231

Sede Av. da Liberdade, 242
1250-149 LISBOA
Site www.tranquilidade.pt
Email infogeral@tranquilidade.pt

Linha Cliente 707 24 07 07
8h45/21h - dias úteis
Assistência 24h - 7 dias/semana

