







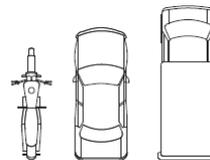
### 7. Prejuízos Sofridos Pelo Veículo Terceiro

Descrição dos danos visíveis (assinale no desenho) \_\_\_\_\_

Oficina reparadora (nome, morada/contacto)? \_\_\_\_\_

Já está na oficina?  Sim  Não (Em caso negativo, diga ao Terceiro para contactar a Companhia)

Onde pode ser vistoriado o veículo seguro? \_\_\_\_\_ Pode Circular?  Sim  Não



### 8. Testemunhas Presenciais do Acidente

Nome \_\_\_\_\_ Onde se encontrava? \_\_\_\_\_

Morada \_\_\_\_\_ C. Telf. \_\_\_\_\_

Local de Trabalho \_\_\_\_\_ C. Telf. \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_ Onde se encontrava? \_\_\_\_\_

Morada \_\_\_\_\_ C. Telf. \_\_\_\_\_

Local de Trabalho \_\_\_\_\_ C. Telf. \_\_\_\_\_

### 9. Providências Tomadas e Outros Esclarecimentos

---

---

---

Local \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

O Condutor

Tomador do Seguro

---

---