



PRODUTO \_\_\_\_\_

A PREENCHER POR:  TOMADOR DO SEGURO  
 SEGURADO  
 TERCEIRO

APÓLICE

PROC./OCORRÊNCIA

**CLIENTE / TOMADOR DO SEGURO**

ENTIDADE SINGULAR

ENTIDADE COLECTIVA

Nome: \_\_\_\_\_  
Morada: \_\_\_\_\_ Caixa Postal: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_  
Província: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_  
NUIT: \_\_\_\_\_ Data Nasc.: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Sexo:  M  F  
Tels: Res./Principal: \_\_\_\_\_ Telem./Contacto: \_\_\_\_\_

**ACIDENTE**

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ Local: \_\_\_\_\_  
Província: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_  
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: \_\_\_\_\_  
Morada: \_\_\_\_\_ Caixa Postal: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_  
Província: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_  
Data Nasc.: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Sexo:  M  F Tels: Res./Principal: \_\_\_\_\_ Telem./Contacto: \_\_\_\_\_  
NUIT: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_ Entidade Patronal: \_\_\_\_\_

Danos Materiais (\*)

Objectos Danificados	Valor (no momento do acidente)	Possibilidade recuperação

(\*) 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: \_\_\_\_\_  
Morada: \_\_\_\_\_ Caixa Postal: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_  
Província: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_  
Data Nasc.: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Sexo:  M  F Tels: Res./Principal: \_\_\_\_\_ Telem./Contacto: \_\_\_\_\_  
NUIT: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_ Entidade Patronal: \_\_\_\_\_

Danos Materiais (\*)

Objectos Danificados	Valor (no momento do acidente)	Possibilidade recuperação

(\*) 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 : \_\_\_\_\_ Caixa Postal : \_\_\_\_\_  
 Província : \_\_\_\_\_ Município : \_\_\_\_\_  
 Nome : \_\_\_\_\_ Telefone : \_\_\_\_\_  
 Morada : \_\_\_\_\_ Caixa Postal : \_\_\_\_\_  
 Província : \_\_\_\_\_ Município : \_\_\_\_\_  
 Nome : \_\_\_\_\_ Telefone : \_\_\_\_\_  
 Morada : \_\_\_\_\_ Caixa Postal : \_\_\_\_\_  
 Província : \_\_\_\_\_ Município : \_\_\_\_\_

**AUTORIDADE**

Foi comunicada a ocorrência às autoridades? \_\_\_\_\_ Posto/Divisão/Esquadra : \_\_\_\_\_  
 N.º Processo ou Participação : \_\_\_\_\_

**RESPONSABILIDADE POR OCORRÊNCIA**

Em sua opinião, quem é o responsável pela ocorrência?  
 Nome : \_\_\_\_\_ Telefone : \_\_\_\_\_  
 Morada : \_\_\_\_\_ Caixa Postal : \_\_\_\_\_  
 Província : \_\_\_\_\_ Município : \_\_\_\_\_

**DANOS MATERIAIS ( Continuação )**

Objectos Danificados	Valor ( no momento do acidente )	Possibilidade recuperação

**OBSERVAÇÕES**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_

Tranquilidade Moçambique Companhia de Seguros SA Sede: Av. Armando Tivane, 1212 - CP  
 1959 - Maputo - Moçambique  
 NUIT 400 347 107 T: +258 21 483710/15  
 Capital Social 50.000.000,00 MZN F: +258 21 483713  
 Alvará Comercial 6042/11/01/PS/2012 E: [tranquilidade@tm.co.mz](mailto:tranquilidade@tm.co.mz)  
 Registo Legal 100272946 Site: [www.tranquildadeseguros.co.mz](http://www.tranquildadeseguros.co.mz)

