

**NICON SEGUROS STP**  
**AVENIDA MARGINAL 12 DE JULHO**  
**CIDADE DE S. TOMÉ**  
**239 989 8070, 239 989 8071**  
**INFO@NICONSEGUROS-STP.ST**

**CLAIM FORMS**  
Formulário de Reclamação

1 Type of policy.....  
Ramo de Seguro

2. Policy No.....  
Número da apólice

3. Name of the insured:.....  
Nome do segurado

4. Address of the insured.....  
Endereço do segurado

5. Telephone and E-mail of the insured.....  
Tel. e E-mail do segurado

6. Date, Time and Place of loss, Damage or Accident.....  
Data, horário e local da perda, dano ou acidente

7. State the particulars of subject damaged/Lost/impaired.....  
Estado do danificado/Perda/prejuízo

8. What is the estimate of damage repairs/replacement/restoration.....  
Estimativa de reparação do dano/ substituição/restauração

9. State when and where the loss, damage, etc can be inspected or examined.....  
Informa quando e onde da perda, dano, etc para ser inspeccionada ou examinada

10. Describe in full how the loss or damage occurred (an extra sheet may be attached)  
Narra o sucedido por complete (pode ser numa folha em **anexo**).....

11. State police advised and address of station (where applicable) .....  
Mencione o concelho policial e endereço da estação policial (se possível)

12.State Name, Address & Tel. No. of third parties or eye witness (where Applicable)  
Indique nome e endereço & Tel. do terceiro envolvido or testemunha ocular( se possível)

13a. If Motor Insurance

Se for Seguro de Veiculo

Insured Vehicle Number

Numero do Veiculo Assegurado.....

Chassis No.

No. de Chassi.....

13b. Third Party Vehicle Number

Numero do Veiculo do Terceiro.....

Chassis No.

No. de Chassi.....

14. State steps/actions taken to minimize or restore the loss or recovered the item lost/damaged

Mencione as medidas tomada para minimizar ou recuperar a perda ou recuperar a o item perdido/ ou danificado

15. If there is lien on the cover, state the interests and their addresses.....

16. The additional information provided on the appendix "A" attached forms part of this Claim form

As informações adicionais fornecidas no apêndice "A" em anexo faz parte desse formulário de reclamação.

17. DECLARATION: I/We declared that the above is a full and accurate statement and that the sum claimed (N.....) for the damage, loss, accident/impairment represents the true amount of the loss and we further declared (where applicable) that no other person except..... has any interest on the subject of accident/loss or accident.

DECLARAÇÃO: Eu / Nós declaramos que a declaração acima é completa e precisa e que o montante reclamado (N... ..) para o dano, perda, acidente / insuficiência representa o valor real das perdas e nós ainda declarado (quando aplicável) que nenhuma outra pessoa, excepto... .. tem algum interesse sobre o alvo do acidente / perda ou acidente.

18. Insured Signature.....Date..... Assinatura do Segurado data

19. Witness: Name, Address & Telephone..... Testemunha: Nome, endereço e telefone

Signature..... Assinatura

INSTRUCTION TO THE INSURED:

INSTRUÇÃO ao Segurado

- a. All damaged items; property, etc must be protected from further deterioration.
b. Claim forms should be accompanied with details of repair, restoration and/or Replacement, (where applicable).

- a. Todos os itens danificados; propriedade, etc. devem ser protegidos contra deterioração
b. Formulários de requerimento deve ser acompanhado com os detalhes do reparo, a restauração e / ou Substituição, (se possível).