

- N.º Processo:
- N.º Apólice:
- Data Sinistro:

Sinistrado

Para os devidos efeitos, declaro que autorizo a Ageas Portugal, Companhia de Seguros, S.A. a proceder ao pagamento das Indemnizações por Incapacidades Temporárias na conta associada ao IBAN abaixo indicado:

Data:

Assinatura do sinistrado

Nota: deverá anexar prova de titularidade da conta associada ao IBAN acima indicado.