

DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE OUTROS SEGUROS

Declaro que não existe outra apólice de seguros que conceda cobertura ao(s) mesmo(s) bem(ns) amparado(s) pela apólice mencionada.

Declaro que existe(m) outra(s) apólice(s) de seguro que conceda(m) cobertura(s) ao(s) mesmo(s) bem(ns) amparado(s) pela apólice mencionada.

Em caso afirmativo, informar:

Nome da(s) outra(s) Seguradora(s):

Nº da apólice:

DADOS DO(A) SEGURADO(A)

Sinistro:

Data da ocorrência:

Segurado:

Data do aviso:

CPF:

Local e Data

Assinatura do Segurado / Preposto