

CARIMBO DE ENTRADA

ACIDENTES PESSOAIS

- | | | |
|-------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> INDIVIDUAL | <input type="checkbox"/> VIAGENS | <input type="checkbox"/> ESCOLAR |
| <input type="checkbox"/> GRUPO | <input type="checkbox"/> BOMBEIROS | <input type="checkbox"/> OCUPANTES |
| <input type="checkbox"/> FAMILIAR | <input type="checkbox"/> AUTARCAS | <input type="checkbox"/> _____ |

PARTICIPAÇÃO DE SINISTRO

CLIENTE Nº	APÓLICE Nº	PROCESSO Nº
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

1. TOMADOR DO SEGURO

Nome

Domicílio

Localidade Cód. Postal -

BI N° Contrib./ N° Pessoa Colectiva Telefone / Fax

IBAN

2. DESCRIÇÃO DO SINISTRO

Data do Acidente / / Hora a que se deu o acidente

Local do Acidente

Descrição

A autoridade foi chamada a intervir? Não Sim Indique qual?

Considera que tem responsabilidade pelo sucedido? Não Sim (Junte documento comprovativo)

Porquê?

3. IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL / CAUSADOR

Nome / / Data de Nascimento

Domicílio

Localidade Cód. Postal -

Telefone / Fax Tem alguma ligação familiar ou profissional com o lesado? Não Sim

Qual?

4A. DANOS CORPORAIS

Nome / / Data de Nascimento

Domicílio

Localidade Cód. Postal -

Telefone / Fax Quais as lesões sofridas?

Local onde foi ou está a ser tratado?

Indique o nome do médico assistente

Data da baixa médica / /

Consequência do acidente Sem incapacidade Com incapacidade Morte Regime de tratamento Internamento Ambulatório

