caravela seguros

CARIMBO DE ENTRADA

ACIDENTES PESSOAIS

☐ INDIVIDUAL ☐ VIAGENS ☐ ESCOLAR
☐ GRUPO ☐ BOMBEIROS ☐ OCUPANTES
☐ FAMILIAR ☐ AUTARCAS ☐ _____

PARTICIPAÇÃO DE SINISTRO

CLIENTE Nº	APÓLICE Nº	PROCESSO Nº

1. TOMADOR DO SEGURO

Nome

Domicílio

Localidade Cód. Postal -

BI Nº Contrib./ Nº 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?

(Junte documento comprovativo)

Considera que tem responsabilidade pelo sucedido? ☐ Não ☐ Sim

Porquê?

3. IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL / CAUSADOR

Nome / / Data de Nascimento

Domicilio

Localidade Cód. Postal -

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

Qual?

4A. DANOS CORPORAIS

Nome / / Data de Nascimento

Domicilio

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

VS01 / 2013

NIPC 503 640 549 | Matrícula na C.R.C. de Lisboa nº 5942 | Capital Social 44.388.315,20 euros

CARAVELA - COMPANHIA DE SEGUROS, S.A.
Av. Marquês de Tomar, nº2, 3º 1050-055 Lisboa
+351 217 958 690 - Chamada para a rede fixa nacional
Disponível dias úteis das 08:00 às 18:00
www.caravelaseguros.pt

4B. DANOS MATERIAIS (SEGURO ESCOLAR)

Nome

Data de nascimento

Domicílio

Localidade

Cód. Postal

Telefone / Fax

Descreva os danos ocorridos bem como o seu valor estimado

Indique o local onde se encontram os objectos danificados e o telefone para contacto

5. NO CASO DE ACIDENTE DE VIAÇÃO PREENCHER ESTE QUADRO

Veículo onde era transportado o lesado

Nome do Condutor

Matrícula - -

Seguradora

Apólice

Quantos passageiros transportava?

Veículo Terceiro

Nome do Condutor

Matrícula - -

Seguradora

Apólice

Quantos passageiros transportava?

6. QUESTÕES DIVERSAS

Existe outro seguro que garanta este risco? Não Sim

Em que seguradora?

Indique o nº da apólice

e ramo

Teve algum sinistro semelhante a este ultimamente? Não Sim

Em que data?

Qual o motivo?

7. TESTEMUNHAS

Nome

Domicílio

Localidade

Cód. Postal

Telefone / Fax

Nome

Domicílio

Localidade

Cód. Postal

Telefone / Fax

8. OUTRAS DECLARAÇÕES

Visto por

Nº de Funcionário

9. ASSINATURA

Data

Assinatura / Carimbo do Tomador de Seguro

Assinatura da Pessoa Segura