

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 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

NIF

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

4B. DANOS MATERIAIS (SEGURO ESCOLAR)		
Nome		/ /
	NIF	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							