

N.º APÓLICE _____ PROCESSO DE SINISTRO N.º _____

TOMADOR DO SEGURO

NOME _____
MORADA _____
LOCALIDADE _____ CÓDIGO POSTAL _____ - _____
RAMO DE ACTIVIDADE _____ TELEFONE _____
N.º CONTRIBUINTE _____
NIB _____

SINISTRADO

NOME _____
MORADA _____
LOCALIDADE _____ CÓDIGO POSTAL _____ - _____
RAMO DE ACTIVIDADE _____ TELEFONE _____
N.º CONTRIBUINTE _____ DATA DE NASCIMENTO _____
DIA MÊS ANO
NIB _____

ACIDENTE

DATA DA OCORRÊNCIA _____
DIA MÊS ANO HORA _____ : _____
HORA MIN.
LOCAL _____ CONCELHO _____
DESCRIÇÃO PORMENORIZADA DO ACIDENTE _____
QUAL A TAREFA QUE EXECUTAVA NO MOMENTO DO ACIDENTE ? _____

LESÕES PRODUZIDAS _____
O ACIDENTE RELACIONA-SE COM A SUA PROFISSÃO ? NÃO SIM
O ACIDENTE ENCONTRA-SE COBERTO POR ALGUMA APÓLICE DE ACIDENTES DE TRABALHO ? NÃO SIM
EM QUAL COMPANHIA ? _____ N.º DA APÓLICE E/OU NOME DA ENTIDADE PATRONAL _____
ANTERIORMENTE TEVE LESÕES NA MESMA REGIÃO DO CORPO ? NÃO SIM
O SINISTRADO TRABALHOU DEPOIS DO ACIDENTE ? NÃO SIM EM CASO AFIRMATIVO, ATÉ QUANDO ? _____
EM QUE HOSPITAL / CLÍNICA FORAM PRESTADOS OS PRIMEIROS SOCORROS ? _____
LOCALIDADE _____ INDIQUE O NOME DO MÉDICO ASSISTENTE _____
DEPOIS DE ASSISTIDO O SINISTRADO FICOU INCAPACITADO DE ATENDER A QUALQUER OUTRA OCUPAÇÃO ? _____
O SINISTRADO FICOU HOSPITALIZADO ? NÃO SIM EM CASO AFIRMATIVO, ONDE ? _____
QUANDO E ONDE PODE SER VISITADO PELOS NOSSOS SERVIÇOS CLÍNICOS ? _____

EM CASO DE ACIDENTE DE VIAÇÃO INDIQUE:

NOME DO CONDUTOR _____
N.º CARTA DE CONDUÇÃO _____ MATRÍCULA DA VIATURA _____
FOI LEVANTADO ALGUM AUTO PELAS AUTORIDADES ? NÃO SIM EM CASO AFIRMATIVO, QUAL ? _____

TESTEMUNHAS DO ACIDENTE

1. NOME _____
MORADA _____
É FAMILIAR DO SINISTRADO ? NÃO SIM EM CASO AFIRMATIVO, QUAL O GRAU DE PARENTESCO ? _____
2. NOME _____
MORADA _____
É FAMILIAR DO SINISTRADO ? NÃO SIM EM CASO AFIRMATIVO, QUAL O GRAU DE PARENTESCO ? _____

LOCAL DA PARTICIPAÇÃO _____ DIA MÊS ANO _____ O SEGURADO _____

