



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 MÉS ANO
NIB _____

ACIDENTE

DATA DA OCORRÊNCIA _____
DIA MÉS ANO HORA _____ : _____
HORA MIN.
LOCAL _____ CONCELHO _____
DESCRIÇÃO PORMENORIZADA DO ACIDENTE _____
LESÕES PRODUZIDAS _____
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 OCUPAÇÃO ? _____
O SINISTRADO FICOU HOSPITALIZADO ? NÃO SIM EM CASO AFIRMATIVO, ONDE ? _____
QUANDO E ONDE PODE SER VISITADO PELOS NOSSOS SERVIÇOS CLÍNICOS ? _____

ESPIGARDA / CÃES

N.º REGISTO ESPINGARDA _____
DANOS OCORRIDOS _____
N.º LICENÇA CÃES _____
LESÕES OCORRIDAS _____

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 MÉS ANO _____ O SEGURADO _____

