

**N.º APÓLICE** \_\_\_\_\_ **PROCESSO DE SINISTRO N.º** \_\_\_\_\_

**TOMADOR DO SEGURO / SEGURADO**

NOME \_\_\_\_\_  
MORADA \_\_\_\_\_  
LOCALIDADE \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
TELEFONE \_\_\_\_\_ TELEMÓVEL \_\_\_\_\_  
NIB \_\_\_\_\_

**SINISTRADO**

NOME \_\_\_\_\_  
MORADA \_\_\_\_\_  
LOCALIDADE \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
PROFISSÃO \_\_\_\_\_ TELEFONE \_\_\_\_\_  
N.º CONTRIBUINTE \_\_\_\_\_ DATA DE NASCIMENTO \_\_\_\_\_  
DIA MÉS ANO  
NIB \_\_\_\_\_

**ACIDENTE**

DATA DA OCORRÊNCIA \_\_\_\_\_ HORA \_\_\_\_\_  
DIA MÉS ANO HORA MIN.  
LOCAL \_\_\_\_\_ CONCELHO \_\_\_\_\_  
DESCRIÇÃO PORMENORIZADA DO ACIDENTE \_\_\_\_\_

QUAL A TAREFA QUE EXECUTAVA NO MOMENTO DO ACIDENTE ? \_\_\_\_\_

LESÕES PRODUZIDAS \_\_\_\_\_

ANTERIORES TEVE LESÕES NA MESMA REGIÃO DO CORPO ? NÃO  SIM

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 ? \_\_\_\_\_

FOI LEVANTADO O AUTO PELAS AUTORIDADES ? NÃO  SIM  GNR  PSP

POSTO / BRIGADA / ESQUADRA DE \_\_\_\_\_

RESULTADO DO TESTE ANTI - ALCÓOLICO CONDUTOR (A) \_\_\_\_\_ CONDUTOR (B) \_\_\_\_\_

**TERCEIRO**

MORADA \_\_\_\_\_

TELEFONE \_\_\_\_\_ TELEMÓVEL \_\_\_\_\_

NIB \_\_\_\_\_

1. DANO CORPORAL NÃO  SIM  EM CASO AFIRMATIVO, PREENCHER

LESÕES SOFRIDAS \_\_\_\_\_

PRIMEIROS SOCORROS EM \_\_\_\_\_

HOSPITALIZADO EM \_\_\_\_\_

PEÃO  OCUPANTE DO VEÍCULO A  OCUPANTE DO VEÍCULO B  CONDUTOR DO VEÍCULO A  CONDUTOR DO VEÍCULO B

ASSINATURA DO TOMADOR

DIA MÉS ANO

ASSINATURA DO SINISTRADO



2. DANO MATERIAL NÃO  SIM  EM CASO AFIRMATIVO, PREENCHER

VEÍCULO (B) - MARCA / MODELO \_\_\_\_\_ MATRÍCULA OU N.º DE MOTOR \_\_\_\_\_

COMPANHIA DE SEGUROS \_\_\_\_\_ N.º APÓLICE (OU CERTIF. PROVISÓRIO) \_\_\_\_\_

DADOS DA OFICINA

NOME \_\_\_\_\_

MORADA \_\_\_\_\_

TELEFONE \_\_\_\_\_

O VEÍCULO CIRCUA ? NÃO  SIM

DANOS RECLAMADOS \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 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 ? \_\_\_\_\_

### NOTAS INFORMATIVAS

1. O preenchimento da presente participação é necessário e fundamental para a análise e regularização de todos os sinistros.

2. Para sinistros de morte, deverão ser enviadas cópias do assento de óbito, certificado de óbito, relatório de autópsia (se tiver sido realizado), habilitação de herdeiros, auto de ocorrência das autoridades em caso de acidente, fotocópia do documento de identificação da pessoa segura, fotocópias dos documentos de identificação e números de contribuinte dos beneficiários.

3. O segurador poderá solicitar à pessoa segura, sempre que necessário, documentação adicional para avaliação do sinistro participado.

### DECLARAÇÕES

Autorizo que os dados pessoais recolhidos no presente documento sejam processados e armazenados informaticamente para os efeitos de gestão da apólice de seguro, incluindo a disponibilização dos dados a outras empresas, podendo envolver a transferência para outros países, inclusive para fora da União Europeia.

É-me garantido o direito de acesso e rectificação de qualquer dado que me diga respeito, podendo solicitar a sua correcção, aditamento ou eliminação, mediante contacto pessoal ou por escrito, para a sede da CA Seguros, em Lisboa. É-me ainda garantido o compromisso de privacidade dos meus dados e de tomada de medidas adequadas para os preservar de forma confidencial e segura.

Autorizo qualquer médico, Hospital, Instituição de Saúde, entidade seguradora, ou qualquer outra pessoa ou instituição, pública ou privada, dentro dos limites legais, a facultar à CA Seguros, ou a seu representante, informações sobre o meu estado de saúde, incluindo historial médico, hospitalizações, recomendações médicas, diagnósticos, tratamentos e doenças.

\_\_\_\_\_  
DIA MÉS ANO

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DA PESSOA SEGURA  
(CONFORME DOCUMENTO DE IDENTIDADE)

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO TOMADOR DO SEGURO