

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 _____

ANTERIORMENTE 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