

Participação de sinistro

PROVIDENCIAR PARA QUE ESTA PARTICIPAÇÃO SEJA REHEITIDA À SEGURADORA DENTRO DO PRAZO MÁXIMO DE 8 DIAS APÓS O ACIDENTE. O CERTIFICADO MÉDICO E O BOLETIM DE ALTA DEVEM ACOMPANHAR O SINISTRADO AO MÉDICO QUANDO DO PRIMEIRO EXAME.

APÓLICE Nº _____	PROCESSO Nº _____
TOMADOR DO SEGURO	
NOME: _____	CLIENTE Nº _____
DOMICÍLIO OU SEDE: _____	CÓDIGO POSTAL: _____
SINISTRADO	
NOME: _____	DATA DE NASCIMENTO: _____ (aaaa-mm-dd)
MORADA: _____	CÓDIGO POSTAL: _____
ESTADO CIVIL: _____	PROFISSÃO: _____
ESTÁ SEGURO EM MAIS ALGUMA COMPANHIA? _____ QUAL? _____	TEM DESPESAS MÉDICAS? _____
SINISTRO	
SE FOR ACIDENTE DE VIAÇÃO, DEVERÁ INDICAR A MATRÍCULA DAS VIATURAS INTERVENIENTES, SEGURADORA E APÓLICE DE SEGURO QUE AS GARANTA E NOME DOS CONDUTORES:	

SE A COBERTURA FOR OCUPANTES DE VIATURA , DEVERÁ FAZER TANTAS PARTICIPAÇÕES QUANTOS OS SINISTRADOS	
DATA DO SINISTRO: _____ (aaaa-mm-dd)	HORA: _____ h _____ m LOCAL: _____
DESCRIÇÃO DO ACIDENTE: _____	

LESÕES PRODUZIDAS: _____	

TEVE ANTERIORMENTE SEMELHANTE LESÃO NA MESMA REGIÃO DO CORPO? _____	
QUEM PRESTOU OS PRIMEIROS SOCORROS? _____	
NOME E MORADA DO MÉDICO ASSISTENTE: _____	

O SINISTRADO TRABALHOU DEPOIS DO ACIDENTE? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM, ATÉ QUANDO? _____	
DEVIDO AO ACIDENTE, O SINISTRADO FICOU INCAPACITADO DE EXERCER A SUA ACTIVIDADE PROFISSIONAL? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM	
O SINISTRADO FICOU HOSPITALIZADO? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM, ONDE? _____	
QUANDO E ONDE PODE SER VISITADO PELOS NOSSOS SERVIÇOS? _____	

TESTEMUNHAS (Nomes, Idades, Moradas e Profissões): _____	

AUTORIDADE QUE TOMOU CONTA DA OCORRÊNCIA: _____	

ASSINATURA DO TOMADOR DO SEGURO: _____ DATA DA PARTICIPAÇÃO: _____