



Apólice nº

Uso da Companhia N.º SINISTRO

Toda a documentação deverá ser enviada para:
SINISTROS DE ACIDENTES PESSOAIS - Rua Alexandre Herculano, 53 - 2.º Piso - 1269-152 Lisboa ou por Fax 21 323 78 39

Tomador do Seguro

Nome

Telefone

Fax

Sinistrado

Nome (completo)

Morada

Código Postal - Localidade

Bilhete de Identidade / Cédula Pessoal N.º Contribuinte

Data de Nascimento Dia Mês Ano Profissão Telefone

Acidente

Data e hora do acidente Dia Mês Ano Hora Local do acidente

No momento do acidente que fazia o Sinistrado?

Descrição pormenorizada de como aconteceu o acidente:

O acidente relaciona-se com a sua profissão?

Se no momento do acidente o sinistrado era transportado em veículo, indicar:

Tipo de veículo (automóvel, camioneta, autocarro, moto, motorizada, etc. ...)

Veículo de caixa aberta ou fechada: Matrícula Lotação

Quem conduzia o veículo? Carta de Condução n.º

O sinistrado tem relação de parentesco ou de trabalho com o Segurado? Não Sim

E com o condutor do veículo Não Sim Qual?

Consequências

Ferimentos ou lesões resultantes:

Quem lhe prestou o primeiro tratamento?

Houve necessidade de recorrer ao Hospital? Não Sim Qual?

Foi transferido para outro estabelecimento hospitalar? Não Sim Qual?

Deslocou-se em ambulância Não Sim Dos Bombeiros de

Está ou vai ser tratado em algum Centro Médico? Não Sim Qual?

Ficou internado? Não Sim Ficou em regime de tratamento ambulatorio Não Sim

O Sinistrado está total ou parcialmente impossibilitado de trabalhar? Não Sim

Ramo	Apólice	Data do Sinistro	Dia	Mês	Ano	N.º Sinistro	CD	NAT.	Loc. Sin.	Causa	Cobert.	Ind. Max.	Franquia
		€			€								Visto Contabilização

Declarações

Testemunhas presenciais do acidente (nomes e moradas)

Autoridade que tomou conta da ocorrência:

Existe outro Seguro que abranja este acidente? Não Sim Em que Segurador?

Tipo de Seguro N.º Apólice

