



CARIMBO DE ENTRADA

ACIDENTES PESSOAIS

- | | | |
|-------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> INDIVIDUAL | <input type="checkbox"/> VIAGENS | <input type="checkbox"/> ESCOLAR |
| <input type="checkbox"/> GRUPO | <input type="checkbox"/> BOMBEIROS | <input type="checkbox"/> OCUPANTES |
| <input type="checkbox"/> FAMILIAR | <input type="checkbox"/> AUTARCAS | <input type="checkbox"/> _____ |

PARTICIPAÇÃO DE SINISTRO

CLIENTE Nº

APÓLICE Nº

PROCESSO Nº

1

1. TOMADOR DO SEGURO

Nome

Domicílio

Localidade Cód. Postal

BI Nº Contrib. / Nº Pessoa Colectiva Telefone / Fax

2. DESCRIÇÃO DO SINISTRO

Data do Acidente / / Hora a que se deu o acidente

Local do Acidente

Descrição

A autoridade foi chamada a intervir? Não Sim Indique qual

Considera que tem responsabilidade pelo sucedido? Não Sim (Junte documento comprovativo)

Porquê?

3. IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL / CAUSADOR

Nome / / Data de nascimento

Domicílio

Localidade Cód. Postal

Telefone / Fax Tem alguma ligação familiar ou profissional com o lesado? Não Sim

Qual?

4A. DANOS CORPORAIS

Nome / / Data de nascimento

Domicílio

Localidade Cód. Postal

Telefone / Fax Quais as lesões sofridas?

Local onde foi ou está a ser tratado?

Indique o nome do médico assistente

Data da baixa médica / /

Consequência do acidente Sem Incapacidade Com Incapacidade Morte Regime de tratamento Internamento Ambulatório

4B. DANOS MATERIAIS (SEGURO ESCOLAR)

Nome / /
 / /
Data de nascimento

Domicílio

Localidade Cód. Postal

Telefone / Fax Descreva os danos ocorridos bem como o seu valor estimado

Indique o local onde se encontram os objectos danificados e o telefone para contacto

5. NO CASO DE ACIDENTE DE VIAÇÃO PREENCHER ESTE QUADRO

Veículo onde era transportado o lesado

Nome do Condutor

Matrícula - - Seguradora Apólice

Quantos passageiros transportava?

Veículo Terceiro

Nome do Condutor

Matrícula - - Seguradora Apólice

Quantos passageiros transportava?

6. QUESTÕES DIVERSAS

Existe outro seguro que garanta este risco? Não Sim

Em que seguradora? Indique o nº da apólice e ramo

Teve algum sinistro semelhante a este ultimamente? Não Sim

Em que data? / / Qual o motivo?

7. TESTEMUNHAS

Nome

Domicílio

Localidade Cód. Postal

Telefone / Fax

Nome

Domicílio

Localidade Cód. Postal

Telefone / Fax

8. OUTRAS DECLARAÇÕES

Visto por _____ N.º Funcionário _____ / /

9. ASSINATURA

Data / / Assinatura / Carimbo do Tomador do Seguro Assinatura da Pessoa Segura