

Participação de sinistro

PROVIDENCIAR PARA QUE ESTA PARTICIPAÇÃO SEJA REMETIDA 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? NÃO SIM, ATÉ QUANDO? _____

DEVIDO AO ACIDENTE, O SINISTRADO FICOU INCAPACITADO DE EXERCER A SUA ACTIVIDADE PROFISSIONAL? NÃO SIM

O SINISTRADO FICOU HOSPITALIZADO? NÃO 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: _____