

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
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**1. TOMADOR DO SEGURO**

Nome

Domicílio

Localidade  Cód. Postal  -

BI  N° Contrib./ N° Pessoa Colectiva  Telefone / Fax

IBAN

**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

