

ACIDENTES PESSOAIS

PARTICIPAÇÃO DE ACIDENTE

ENTRADA NA SEGURADORA	
Sucursal/Escritório	Núcleo de Indemnização
D D M M A A A A	D D M M A A A A



Utilizar letra de imprensa e um caracter por quadrícula.

Todos os campos são de preenchimento obrigatório

Ramo	<input type="text"/>	Apólice	<input type="text"/>	Processo	<input type="text"/>
Tipo de Seguro	<input type="text"/>				

TOMADOR DE SEGURO

Nunca abreviar os dois primeiros e os dois últimos nomes

Nome	<input type="text"/>									
Morada	<input type="text"/>									
N.º Contribuinte	<input type="text"/>	E-mail	<input type="text"/>							

SINISTRADO

Nunca abreviar os dois primeiros e os dois últimos nomes

Nome	<input type="text"/>										
Morada	<input type="text"/>										
Data de Nascimento	<input type="text"/>	Profissão	<input type="text"/>							Telefone	<input type="text"/>
N.º Contribuinte	<input type="text"/>	N.º Beneficiário Segurança Social	<input type="text"/>								

CIRCUNSTÂNCIAS DO ACIDENTE

Descrever pormenorizadamente o acidente, mencionando, designadamente, os acontecimentos que lhe deram origem e também os que conduziram à Lesão, substâncias, equipamentos e ferramentas que usava, etc.

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

Descrever a tarefa executada pelo Sinistrado no momento do Acidente	<input type="text"/>
<input type="text"/>	
<input type="text"/>	

Assinalar a situação correspondente à tarefa descrita	→	<input type="checkbox"/> 1. A Habitualmente exercida	<input type="checkbox"/> 2. Ocasionalmente exercida
		<input type="checkbox"/> 3. Outra	<input type="text"/>

DADOS DO ACIDENTE REFERENTES AO SINISTRADO

Data e Hora do Acidente	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Local	<input type="text"/>	Concelho	<input type="text"/>
Entidade que prestou os Primeiros Socorros	<input type="text"/>				Ficou hospitalizado?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Se SIM, qual o Estabelecimento Hospitalar?	<input type="text"/>				Foi acidente de viação?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Deslocava-se em veículo motorizado de 2, 3 rodas ou motoquatro?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	A responsabilidade foi de terceiros?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
Se SIM, indicar nome(s) e morada(s) do(s) Responsável(eis)	<input type="text"/>					
Matrícula do Veículo	<input type="text"/>	Número da Apólice	<input type="text"/>	Seguradora	<input type="text"/>	
Se houve intervenção das autoridades, detalhar	<input type="text"/>					
Foi efectuado teste de alcoolémia?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Em sua opinião as lesões impedem-no de exercer a sua actividade profissional?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
Foi efectuado análise toxicológica da presença de psicotrópicos?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO					

OUTROS DADOS

Tem outras apólices de acidentes pessoais?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Se SIM, indicar em que Seguradora	<input type="text"/>		
Participou o acidente noutra apólice?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Se SIM, informar Ramo	<input type="text"/>	Apólice	<input type="text"/>
		Seguradora	<input type="text"/>		

TESTEMUNHAS

Nome	<input type="text"/>	Profissão	<input type="text"/>
Morada	<input type="text"/>	Telefone	<input type="text"/>
Nome	<input type="text"/>	Profissão	<input type="text"/>
Morada	<input type="text"/>	Telefone	<input type="text"/>
Nome	<input type="text"/>	Profissão	<input type="text"/>
Morada	<input type="text"/>	Telefone	<input type="text"/>

DETALHES DA LESÃO

Natureza da lesão	<input type="text"/>	Parte do corpo atingida	<input type="text"/>
-------------------	----------------------	-------------------------	----------------------

Nome e Assinatura ou Carimbo do Tomador ou Legal Representante	Nome e Assinatura do Responsável (da Pessoa Segura) pelo Preenchimento da Participação	Data de Preenchimento
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		INSTRUÇÕES NO VERSO

INSTRUÇÕES

1. O Preenchimento integral deste documento é fundamental para uma melhor resolução do Sinistro.
2. A Participação de Acidente deve ser efectuada numa Sucursal/Escritório da Seguradora ou, junto do mediador do Contrato, no prazo de oito (8) dias após a ocorrência do acidente.
3. Os restantes impressos (policopiativos) devem ser destacados da Participação de Sinistro (após preenchimento desta) e ficam na posse de quem participar o acidente para serem utilizados posteriormente, para completa regularização do sinistro.
4. O Boletim de Exame Médico deverá ser entregue numa Sucursal/Escritório da Seguradora ou, nos casos do Continente e Madeira, este impresso também poderá ser enviado para os Serviços Centrais da Companhia em Lisboa (endereço na frente deste documento), até 48 horas após a participação do acidente. Este documento deverá ser integralmente preenchido pelo médico que tiver observado e seguido, clinicamente, o Sinistrado.
5. O Boletim de Alta deverá ser entregue numa Sucursal/Escritório da Seguradora ou, nos casos do Continente e Madeira, este impresso também poderá ser enviado para os Serviços Centrais da Companhia em Lisboa (endereço na frente deste documento), até 48 horas após a cura das lesões. Este documento deverá ser integralmente preenchido pelo médico que tiver observado e seguido, clinicamente, o Sinistrado.