

**ACIDENTES PESSOAIS**

<b>PROC.:</b>	
EXPED.	LIMITE DE COBERTURA
	, €
	, €
	, €
A PREENCHER PELA ENTIDADE SEGURADORA	

DADOS DO TOMADOR / APÓLICE

PARTICIPAÇÃO DE SINISTRO

APÓLICE DE SEGURO N.º

APELIDOS \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_ TELEFONE OU TELEMÓVEL \_\_\_\_\_  
 MORADA \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL \_\_\_\_\_ LOCALIDADE \_\_\_\_\_

DADOS DO ACIDENTADO

BILHETE DE IDENTIDADE \_\_\_\_\_ APELIDOS \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_  
 MORADA \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL \_\_\_\_\_ LOCALIDADE \_\_\_\_\_  
 TELEMÓVEL \_\_\_\_\_ E-MAIL \_\_\_\_\_ TELEFONE \_\_\_\_\_  
 DATA DO NASCIMENTO \_\_\_\_\_ PROFISSÃO \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL: SOL. CAS. VIU. DIV. OUT.

DADOS DO ACIDENTE

DATA DO ACIDENTE \_\_\_\_\_ HORA MIN. \_\_\_\_\_ LOCAL DO ACIDENTE \_\_\_\_\_ LOCALIDADE \_\_\_\_\_  
 DESCREVA PORMENORIZADAMENTE O ACIDENTE, MENCIONANDO DESIGNADAMENTE OS ACONTECIMENTOS QUE LHE DERAM ORIGEM E TAMBÉM OS ACONTECIMENTOS QUE CONDUZIRAM À LESÃO: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

O ACIDENTE ESTÁ RELACIONADO COM A SUA ACTIVIDADE PROFISSIONAL? NÃO SIM  
 PARTICIPOU O PRESENTE ACIDENTE A OUTRA ENTIDADE SEGURADORA? NÃO SIM QUAL? \_\_\_\_\_

AO ABRIGO DE QUE TIPO DE SEGURO? AC. PESSOAIS  AC. TRABALHO  AUTOMÓVEL  APÓLICE N.º \_\_\_\_\_

HOUVE CULPA DE TERCEIROS NÃO SIM NOME DO RESPONSÁVEL \_\_\_\_\_  
 MORADA \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL \_\_\_\_\_ LOCALIDADE \_\_\_\_\_

ALGUMA AUTORIDADE TOMOU CONTA DA OCORRÊNCIA? NÃO SIM QUAL? \_\_\_\_\_

**TESTEMUNHAS DO ACIDENTE:**  
 NOME \_\_\_\_\_ TELEFONE OU TELEMÓVEL \_\_\_\_\_  
 MORADA \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL \_\_\_\_\_ LOCALIDADE \_\_\_\_\_  
 NOME \_\_\_\_\_ TELEFONE OU TELEMÓVEL \_\_\_\_\_  
 MORADA \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL \_\_\_\_\_ LOCALIDADE \_\_\_\_\_

CONSEQUÊNCIAS DO ACIDENTE

QUAIS AS LESÕES SOFRIDAS EM CONSEQUÊNCIA DO ACIDENTE? \_\_\_\_\_  
 PRIMEIROS SOCORROS ENTIDADE QUE OS PRESTOU \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_\_ HORA MIN. \_\_\_\_\_  
 FICOU HOSPITALIZADO? NÃO SIM ONDE? \_\_\_\_\_ PERÍODO: INÍCIO \_\_\_\_\_ TERMO \_\_\_\_\_  
 ESTÁ A SER ASSISTIDO POR ALGUMA ENTIDADE CLÍNICA? NÃO SIM  
 NOME \_\_\_\_\_ LOCALIDADE \_\_\_\_\_ TELEFONE OU TELEMÓVEL \_\_\_\_\_  
 É PORTADOR DE ALGUMA LESÃO ANTERIOR AO ACIDENTE? NÃO SIM QUAL? \_\_\_\_\_

O TOMADOR DE SEGURO

O ACIDENTADO

DE DE