

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.

ACIDENTES PESSOAIS

PARTICIPAÇÃO DE ACIDENTE

| ENTRADA NA SEGURADORA | |
|-----------------------|------------------------|
| Sucursal/Escritório | Núcleo de Indemnização |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |



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"/> | 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"/> | |
| Seguradora | <input type="text"/> | Apólice | <input type="text"/> | e | <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 |