

**TRANQUILIDADE****PARTICIPAÇÃO DE SINISTRO
ACIDENTES PESSOAIS**

DATA DE ENTRADA

PRODUTO _____ APÓLICE _____ PROC./OCORRÊNCIA _____

ENTIDADE SINGULAR ☐ENTIDADE COLECTIVA ☐**CLIENTE/TOMADOR DE SEGURO**

Nome _____ Sigla _____
Morada _____ Cód. Postal _____
N.º Contribuinte _____ Data Nasc. ____/____/____ Sexo: F ☐ M ☐ Telef.: Res./Principal _____
Telemóvel/Contacto _____

ACIDENTE

Data ____/____/____ Hora _____
Local _____ Concelho _____
Descrição (Pormenorizada circunstâncias, causas e consequências) _____

Se se tratar de acidente de viação indicar:
Número de Apólice da viatura em que seguia _____ Seguradora _____
Número de Apólice da viatura causadora do acidente _____ Seguradora _____

RECLAMANTE (PESSOA SEGURA)**Dados Pessoais (Se diferente do cliente)**

Nome _____ Sigla _____
Morada _____ Cód. Postal _____
N.º Contribuinte _____ Data Nasc. ____/____/____ Sexo: F ☐ M ☐ Telef.: Res./Principal _____
Telemóvel/Contacto _____
Danos sofridos _____

Prestação de Assistência Médica

1.º tratamento Médico/Hospitalar _____
Morada _____ Telefone _____
Foi internado? _____ Onde? _____
Médico Assistente _____
Nome _____
Morada _____ Telefone _____

TESTEMUNHAS

Nome _____ Telefone _____
Morada _____ Cód. Postal _____
Nome _____ Telefone _____
Morada _____ Cód. Postal _____
Nome _____ Telefone _____
Morada _____ Cód. Postal _____

AUTORIDADE

Foi comunicada a ocorrência às autoridades? _____ PSP ☐ GNR ☐ PJ ☐ Posto/Brigada/Esquadra: _____
N.º Processo ou Participação _____

OBSERVAÇÕES

Atenção: Os honorários clínicos, despesas de farmácia e de tratamento são sempre pagos directamente pelo reclamante

O Tomador de Seguro e/ou _____

A Pessoa Segura _____



ATESTADO DE EXAME MÉDICO

1. Nome do sinistrado _____	
Data do primeiro exame médico _____ de _____ de _____ às _____ horas.	
2. Quais as lesões sofridas?	<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div>
3. As lesões de que sofre o sinistrado são unicamente as resultantes do acidente?	<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div>
4. Tem ou teve o sinistrado qualquer doença anterior que possa agravar ou ser agravada por este acidente? Qual?	<div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 15px; margin-bottom: 5px;"></div>
5. DA INCAPACIDADE Internado no Hospital de _____ Com Incapacidade Temporária Absoluta? _____ Desde _____ de _____ de _____ Com Incapacidade Temporária Parcial de _____ % Desde _____ de _____ de _____ Sem Incapacidade? _____ Desde _____ de _____ de _____ Duração provável do tratamento: _____ dias 6. Foi ou será efectuada qualquer intervenção cirúrgica? _____ 7. Acidentes anteriores e desvalorizações _____ 8. Outros esclarecimentos: _____	
 _____, _____ de _____ de _____ O Médico Nome completo _____ Morada _____ Assinatura _____	

