



Apólice nº		Uso da Companhia	Nº SINISTRO	
------------	--	------------------	-------------	--

Tomador de Seguro

Nome		Telefone		Fax	
------	--	----------	--	-----	--

Sinistrado

Nome (completo)		
Morada		
Código Postal	Localidade	
Bilhete de Identidade / Cédula Pessoal	Nº Contribuinte	
Data de Nascimento	Profissão	Telefone

Acidente

Data e hora do acidente	Local do acidente	
No momento do acidente que fazia o Sinistrado?		
Descrição pormenorizada de como aconteceu o acidente:		
Se no momento do acidente o sinistrado era transportado em veículo, indicar:		
Tipo de veículo (automóvel, camioneta, autocarro, moto, motorizada, etc. ...)		
Veículo de caixa aberta ou fechada:	Matrícula	Lotação
Quem conduzia o veículo?	Carta de Condução nº	
O sinistrado tem relação de parentesco ou de trabalho com o Segurado?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
E com o condutor do veículo	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim Qual?

Consequências

Ferimentos ou lesões resultantes:	
Quem lhe prestou o primeiro tratamento?	
Houve necessidade de recorrer ao Hospital?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Qual?
Foi transferido para outro estabelecimento hospitalar?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Qual?
Deslocou-se em ambulância	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Dos Bombeiros <input type="checkbox"/> de
Está ou vai ser tratado em algum Centro Médico?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Qual?
Ficou internado?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Ficou em regime de tratamento ambulatorio <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
O Sinistrado está total ou parcialmente impossibilitado de trabalhar?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim

Ramo	Apólice	Data do Sinistro	Dia	Mês	Ano	N.º Sinistro	CD	NAT.	Loc. Sin.	Causa	Cobert.	Ind. Max.	Franquia
													Visto Contabilização

Declarações

Testemunhas presenciais do acidente (nomes e moradas)
Autoridade que tomou conta da ocorrência:
Existe outro Seguro que abranja este acidente? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Em que Companhia?

Nota Importante

O Segurado e/ou o Sinistrado devem promover imediatamente que o Médico ou Entidade que fez a primeira observação e diagnóstico do acidente, preencha o BOLETIM DE BAIXA (mod. 003252) a ser enviado com urgência à Companhia.

