

PARTICIPAÇÃO DE SINISTRO

- ACIDENTES PESSOAIS
 OCUPANTES DE VIATURAS
 VIAGENS

A participação deve ser remetida à Companhia urgentemente

CLIENTE:
RAMO: **APÓLICE:**

1. TOMADOR DO SEGURO	
Nome Completo	E-mail
Morada	NIF
Local do sinistro	Telefone
Freguesia	Concelho
	País

2. SINISTRADO	
Nome Completo	
Título / R. Social	Sexo F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Profissão / Atividade	Perf. CAE
NIF	Nº B.I. / Cartão Cidadão
Data de Nascimento	Nacionalidade
Morada	Carta de Condução Nº
	1ª Data de Emissão
Cód. Postal	Localidade
E-mail	País
	Telefone
	Telemóvel

3. ACIDENTE	
Data:	Hora: h m Local:
Descrição:	
Quem prestou a primeira assistência? (Posto / Hospital / Clínica / Médico)	
O acidente envolveu a utilização de qualquer veículo? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Matrícula:
Proprietário:	Condutor:
Autoridade que tomou conta da ocorrência: (remeter auto à seguradora)	Apólice:
	Seguradora:
	De quem é a responsabilidade?

4. OBSERVAÇÕES	

5. IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL PELA PARTICIPAÇÃO	
Nome:	
Data de preenchimento:	Assinatura:

BOLETIM DE EXAME MÉDICO DE ALTA - A PREENCHER PELO MÉDICO ASSISTENTE

6. DIAGNÓSTICO	

7. CONSULTAS E TRATAMENTOS		
Data	Terapêutica	Rubrica

