

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		Carta de Condução Nº	1ª Data de Emissão			
Morada				Localidade			
Cód. Postal			País			Telefone	
E-mail						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:	Condutor:
Proprietário:		Apólice:	Seguradora:	
Autoridade que tomou conta da ocorrência: (remeter auto à seguradora)			De quem é a responsabilidade?	

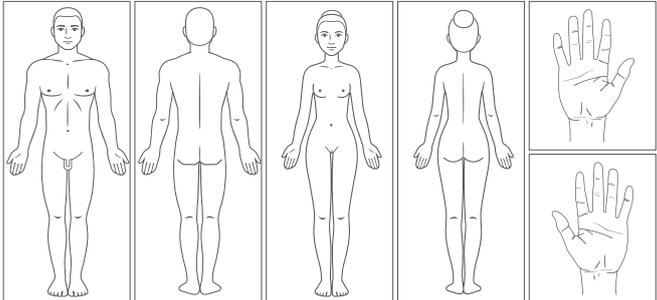
4. OBSERVAÇÕES

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

