



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

Dia

Mês

Ano

Profissão

Telefone

### Acidente

Data e hora do acidente

Dia

Mês

Ano

Hora

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?

Não

Sim

E com o condutor do veículo

Não

Sim

Qual?

### Consequências

Ferimentos ou lesões resultantes:

Quem lhe prestou o primeiro tratamento?

Houve necessidade de recorrer ao Hospital?

Não

Sim

Qual?

Foi transferido para outro estabelecimento hospitalar?

Não

Sim

Qual?

Deslocou-se em ambulância

Não

Sim

Dos Bombeiros  de

Está ou vai ser tratado em algum Centro Médico?

Não

Sim

Qual?

Ficou internado?

Não

Sim

Ficou em regime de tratamento ambulatorio

Não

Sim

O Sinistrado está total ou parcialmente impossibilitado de trabalhar?

Não

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?

Não

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.

