



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:

Numero de Apólice da viatura em que seguia \_\_\_\_\_ Seguradora \_\_\_\_\_  
Numero 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?	_____ _____ _____ _____ _____
3. As lesões de que sofre o sinistrado são unicamente as resultantes do acidente?	_____ _____ _____
4. Tem ou teve o sinistrado qualquer doença anterior que possa agravar ou ser agravada por este acidente?  Qual?	_____ _____ _____
<b>5. DA INCAPACIDADE</b>  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 _____	

