

INSTRUÇÕES

1. O Preenchimento integral deste documento é fundamental para uma melhor resolução do Sinistro.
2. A Participação de Acidente deve ser efectuada numa Sucursal/Escritório da Seguradora ou, junto do mediador do Contrato, no prazo de oito (8) dias após a ocorrência do acidente.
3. Os restantes impressos (policopiativos) devem ser destacados da Participação de Sinistro (após preenchimento desta) e ficam na posse de quem participar o acidente para serem utilizados posteriormente, para completa regularização do sinistro.
4. O Boletim de Exame Médico deverá ser entregue numa Sucursal/Escritório da Seguradora ou, nos casos do Continente e Madeira, este impresso também poderá ser enviado para os Serviços Centrais da Companhia em Lisboa (endereço na frente deste documento), até 48 horas após a participação do acidente. Este documento deverá ser integralmente preenchido pelo médico que tiver observado e seguido, clinicamente, o Sinistrado.
5. O Boletim de Alta deverá ser entregue numa Sucursal/Escritório da Seguradora ou, nos casos do Continente e Madeira, este impresso também poderá ser enviado para os Serviços Centrais da Companhia em Lisboa (endereço na frente deste documento), até 48 horas após a cura das lesões. Este documento deverá ser integralmente preenchido pelo médico que tiver observado e seguido, clinicamente, o Sinistrado.

ACIDENTES PESSOAIS

PARTICIPAÇÃO DE ACIDENTE

ENTRADA NA SEGURADORA	
Sucursal/Escritório	Núcleo de Indemnização
<input type="text"/>	<input type="text"/>



Utilizar letra de imprensa e um caracter por quadrícula.

Todos os campos são de preenchimento obrigatório

Ramo <input type="text"/>	Apólice <input type="text"/>	Processo <input type="text"/>
Tipo de Seguro <input type="text"/>		

TOMADOR DE SEGURO

Nunca abreviar os dois primeiros e os dois últimos nomes

Nome <input type="text"/>	Código Postal <input type="text"/>
Morada <input type="text"/>	- <input type="text"/>
N.º Contribuinte <input type="text"/>	E-mail <input type="text"/>

SINISTRADO

Nunca abreviar os dois primeiros e os dois últimos nomes

Nome <input type="text"/>	Código Postal <input type="text"/>	
Morada <input type="text"/>	- <input type="text"/>	
Data de Nascimento <input type="text"/>	Profissão <input type="text"/>	Telefone <input type="text"/>
N.º Contribuinte <input type="text"/>	N.º Beneficiário Segurança Social <input type="text"/>	

CIRCUNSTÂNCIAS DO ACIDENTE

Descrever pormenorizadamente o acidente, mencionando, designadamente, os acontecimentos que lhe deram origem e também os que conduziram à Lesão, substâncias, equipamentos e ferramentas que usava, etc.

Descrever a tarefa executada pelo Sinistrado no momento do Acidente

Assinalar a situação correspondente à tarefa descrita → 1. A Habitualmente exercida 2. Ocasionalmente exercida 3. Outra

DADOS DO ACIDENTE REFERENTES AO SINISTRADO

Data e Hora do Acidente <input type="text"/>	Local <input type="text"/>	Concelho <input type="text"/>
Entidade que prestou os Primeiros Socorros <input type="text"/>	Ficou hospitalizado?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Se SIM, qual o Estabelecimento Hospitalar? <input type="text"/>	Foi acidente de viação?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Deslocava-se em veículo motorizado de 2, 3 rodas ou motoquatro? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	A responsabilidade foi de terceiros?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Se SIM, indicar nome(s) e morada(s) do(s) Responsável(eis) <input type="text"/>		
Matrícula do Veículo <input type="text"/>	Número da Apólice <input type="text"/>	Seguradora <input type="text"/>
Se houve intervenção das autoridades, detalhar <input type="text"/>		
Foi efectuado teste de alcoolémia? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Em sua opinião as lesões impedem-no de exercer a sua actividade profissional?	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
Foi efectuado análise toxicológica da presença de psicotrópicos? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		

OUTROS DADOS

Tem outras apólices de acidentes pessoais? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Se SIM, indicar em que Seguradora <input type="text"/>
Participou o acidente noutra apólice? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Se SIM, informar Ramo <input type="text"/> Apólice <input type="text"/> e Seguradora <input type="text"/>

TESTEMUNHAS

Nome <input type="text"/>	Profissão <input type="text"/>
Morada <input type="text"/>	Telefone <input type="text"/>
Nome <input type="text"/>	Profissão <input type="text"/>
Morada <input type="text"/>	Telefone <input type="text"/>
Nome <input type="text"/>	Profissão <input type="text"/>
Morada <input type="text"/>	Telefone <input type="text"/>

DETALHES DA LESÃO

Natureza da lesão Parte do corpo atingida

Nome e Assinatura ou Carimbo do Tomador ou Legal Representante <input type="text"/>	Nome e Assinatura do Responsável (da Pessoa Segura) pelo Preenchimento da Participação <input type="text"/>	Data de Preenchimento <input type="text"/>
---	---	--

INSTRUÇÕES NO VERSO