FIDELIDADE
SEGUROS DESDE 1808

PARTICIPAÇÃO DE SINISTRO
ACIDENTES PESSOAIS

APÓLICE Nº _____ Nº DE SINISTRO _____

1 TOMADOR DO SEGURO

NOME _____

TELEFONE _____ TELEMÓVEL _____

E-MAIL _____

2 SINISTRADO

NOME _____

MORADA _____

BAIRRO _____ MUNICÍPIO _____

CIDADE _____ PROVÍNCIA _____

BILHETE DE IDENTIDADE _____ Nº CONTRIBUINTE _____

DATA DE NASCIMENTO D D M M A A A A TELEFONE/TELEMÓVEL _____ - _____

E-MAIL _____

3 OCORRÊNCIA DO SINISTRO

DATA DO SINISTRO D D M M A A A A ÀS __ : __ HORAS LOCAL _____

NO MOMENTO DO ACIDENTE QUE FAZIA O SINISTRADO? _____

DESCRIÇÃO PORMENORIZADA DE COMO ACONTECEU O ACIDENTE: _____

_____

_____

_____

O ACIDENTE RELACIONA-SE COM A SUA PROFISSÃO? _____

_____

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? ☐ SIM ☐ NÃO

E COM O CONDUTOR DO VEÍCULO? ☐ SIM ☐ NÃO QUAL? _____

4 CONSEQUÊNCIAS

FERIMENTOS OU LESÕES RESULTANTES: _____

QUEM LHE PRESTOU O PRIMEIRO TRATAMENTO? _____

HOUVE NECESSIDADE DE RECORRER AO HOSPITAL? ☐ SIM ☐ NÃO QUAL? _____

FOI TRANSFERIDO PARA OUTRO ESTABELECIMENTO HOSPITALAR? ☐ SIM ☐ NÃO QUAL? _____

DESLOCOU-SE EM AMBULÂNCIA ☐ SIM ☐ NÃO DOS BOMBEIROS ☐ DE _____

ESTÁ OU VAI SER TRATADO EM ALGUM CENTRO MÉDICO? ☐ SIM ☐ NÃO QUAL? _____

FICOU INTERNADO? ☐ SIM ☐ NÃO

FICOU EM REGIME DE TRATAMENTO AMBULATÓRIO? ☐ SIM ☐ NÃO

O SINISTRADO ESTÁ TOTAL OU PARCIALMENTE IMPOSSIBILITADO DE TRABALHAR? ☐ SIM ☐ NÃO

5 DECLARAÇÕES

TESTEMUNHAS PRESENCIAIS DO ACIDENTE (NOMES E MORADAS) _____

AUTORIDADE QUE TOMOU CONTA DA OCORRÊNCIA: _____

EXISTE OUTRO SEGURO QUE ABRANJA ESTE ACIDENTE? ☐ SIM ☐ NÃO EM QUE SEGURADOR? _____

TIPO DE SEGURO _____ APÓLICE Nº _____

6 OUTRAS INFORMAÇÕES (UTILIZAR EM COMPLEMENTO DOS QUESITOS IMPRESSOS)

_____

O TOMADOR DO SEGURO

DATA D D M M A A A A

A PESSOA SEGURA

DATA D D M M A A A A

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS EM CASO DE PARTICIPAÇÃO DE SINISTRO:

- PARTICIPAÇÃO DEVIDAMENTE PREENCHIDA, ASSINADA E CARIMBADA
- RELATÓRIO MÉDICO
- PRESCRIÇÃO MÉDICA
- DESPESAS MÉDICAS