

Apólice N.º

ACIDENTES PESSOAIS

PARTICIPAÇÃO DE SINISTRO

**Nota: Falsas declarações no preenchimento deste documento poderão implicar a anulação do sinistro.
O preenchimento de todos os campos desta Participação torna-se indispensável para a correcta análise do sinistro.**

Tomador do Seguro:

Pessoa segura:

Morada:

Localidade: - N.º telefone:-..... N.º telemóvel:-.....

E-mail: Profissão actual:

Natureza das Funções:

Morada local trabalho:

..... N.º telef./emprego: -

Caso a pessoa segura tenha outra(s) apólice(s) de seguro de Acidentes Pessoais, indique a(s) Companhia(s), N.º(s) Apólice(s) e respectivas coberturas:

.....
.....
.....

Data do Acidente:/...../.....

Local do Acidente: Horas/minutos:h.....m

Data da 1ª consulta médica:/...../..... Internamento: entrada/...../..... saída:/...../.....

Descreva detalhadamente as causas e circunstâncias do Acidente:

.....
.....
.....
.....
.....

Parte do corpo atingida:

Lesões produzidas:

Estab. Hospitalar em que foi prestada assistência médica:

Médico: Telefone:-.....

Morada: -

Como consequência do Acidente, o sinistrado ficou totalmente impedido de exercer a sua actividade

Como consequência do Acidente, o sinistrado ficou parcialmente impedido de exercer a sua actividade

Testemunhas: Telefone

..... -

..... -

..... -

