

Produto:

Entidade:

N.º Apólice: _____ Singular
Proc./Ocorrência: _____ Coletiva

CLIENTE/TOMADOR DO SEGURO

Nome: _____
Morada: _____ Cód. Postal: _____
N.º Contribuinte: _____ Data Nasc.: ____/____/____ Sexo: F M Telefone: _____
Telemóvel: _____ Email: _____
Profissão: _____

ACIDENTE

Data: ____/____/____ Hora: _____
Local: _____ Concelho: _____
Descrição (Pormenorizada circunstâncias, causas e consequências): _____

Se, se tratar de acidente de viação indicar:

N.º Apólice da viatura em que seguia: _____ Segurador: _____
N.º Apólice da viatura causadora do acidente: _____ Segurador: _____

RECLAMANTE (PESSOA SEGURA)

Dados Pessoais (se diferente do Cliente)

Nome: _____
Morada: _____ Cód. Postal: _____
N.º Contribuinte: _____ Data Nasc.: ____/____/____ Sexo: F M Telefone: _____
Telemóvel: _____ Email: _____
Profissão: _____
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 diretamente pelo reclamante.

_____, ____/____/____

O Tomador do Seguro e/ou _____
A Pessoa Segura _____

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? _____

5. INCAPACIDADE

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 efetuada alguma intervenção cirúrgica? _____

7. Acidentes anteriores e desvalorizações: _____

8. Outros esclarecimentos: _____

_____, _____ de _____ de _____

(O Médico)

Nome Completo _____

Morada _____

PAGAMENTO DE INDEMNIZAÇÕES POR TRANSFERÊNCIA BANCÁRIA

Declaro que autorizo o Segurador a transferir para a conta de que é titular e cujo IBAN a seguir indica os montantes de eventuais indemnizações que lhe sejam devidos:

Banco: _____ Balcão: _____

IBAN: _____

Documentação obrigatória:

- Comprovativo da titularidade do IBAN onde conste a identificação do titular (ex.: documento do homebanking, cópia de caderneta, cópia do cabeçalho do extrato). Não é aceite comprovativo retirado do multibanco onde não constem os elementos indicados.