

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.