

DATA DE ENTRADA

MODALIDADE/PRODUTO

APÓLICE Nº

SISTEMA DE INFORMAÇÃO

SÉRIE 1 0 0

TODA A DOCUMENTAÇÃO DEVERÁ SER ENVIADA PARA:

**SINISTROS DE ACIDENTES PESSOAIS** - LARGO DO CALHARIZ 30 - 1249-001 - LISBOA - PORTUGAL, OU POR FAX 21 761 98 39

CÓDIGO MEDIADOR

BALCÃO

NOME MEDIADOR

O COMPLETO PREENCHIMENTO DESTA PARTICIPAÇÃO E O ENVIO DA DOCUMENTAÇÃO RESPECTIVA FACILITARÁ A APRECIACÃO E TORNARÁ POSSÍVEL UMA RÁPIDA DECISÃO SOBRE A COMPARTICIPAÇÃO SOLICITADA.

### 1. TOMADOR DO SEGURO / SEGURADO

NOME

### 2. PESSOA SINISTRADA

NOME COMPLETO

MORADA

LOCALIDADE

CÓDIGO POSTAL

TELEFONE

TELEMÓVEL

FAX

BILHETE DE IDENTIDADE / CÉDULA PESSOAL

Nº DE CONTRIBUINTE

DATA DE NASCIMENTO

IBAN

BIC

ANEXAR COMPROVATIVO DO BANCO COM INDICAÇÃO DO TITULAR DA CONTA

### 3. IDENTIFICAÇÃO / DESCRIÇÃO DO SINISTRO

DATA DO SINISTRO

HORA

LOCAL DO SINISTRO

DANOS OCORRIDOS/SOFRIDOS

DESCRIÇÃO PORMENORIZADA DO SINISTRO (SE NECESSÁRIO UTILIZE A PÁG. 2)

O ACIDENTE RELACIONA-SE COM A SUA PROFISSÃO?  SIM  NÃO

O ACIDENTE ENCONTRA-SE COBERTO POR ALGUMA APÓLICE DE ACIDENTES DE TRABALHO?  SIM  NÃO EM QUE COMPANHIA

N.º DE APÓLICE E/OU NOME DA ENTIDADE PATRONAL

O SINISTRADO TEM OUTRO SEGURO DE ACIDENTES PESSOAIS COM COBERTURA DAS DESPESAS MÉDICAS?  SIM  NÃO EM QUE COMPANHIA

N.º DE APÓLICE? QUAL O VALOR?

ACIDENTE DE VIAÇÃO  SIM  NÃO

SE SIM INFORMAR MATRÍCULA DO VEÍCULO

NOME DOS PASSAGEIROS

IDENTIFICAÇÃO DAS TESTEMUNHAS (SE AS HOUVER)

AS AUTORIDADES TOMARAM NOTA DA OCORRÊNCIA  SIM  NÃO

GNR  PSP

POSTO/BRIGADA/ESQUADRA

Nº DE AUTO DA NOTÍCIA

DATA

**S.F.F. VER PÁG. 2 QUAIS OS DOCUMENTOS A JUNTAR PARA INSTRUÇÃO DO PROCESSO**

