

PARTICIPAÇÃO DE SINISTRO Nº

Acidentes Pessoais Ocup. viaturas Viagens

Apólice nº

A participação deve ser remetida à Companhia urgentemente

1. TOMADOR DE SEGURO

Cliente Nº	Nome
Morada	Localidade

2. SINISTRADO

Nome			
Morada	Localidade		
Profissão	Nascimento	/	/

3. ACIDENTE

Data	/	/	Hora	Local
Descrição:				
Autoridade que tomou conta da ocorrência:				
O acidente está relacionado com a utilização de qualquer veículo? Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>				
Matrícula:				
Condutor:		Proprietário:		
Morada:		Nº da Apólice Automóvel:		
Companhia Seguradora:		De quem é a responsabilidade?		
Houve testemunhas? Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Em caso afirmativo indique nome e morada ▼				
Nome		Morada		
Nome		Morada		
Nome		Morada		
O acidente encontra-se coberto por alguma Apólice de Acidentes de Trabalho? Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>				
Companhia Seguradora:			Nº da apólice:	
Companhia Seguradora:		Entidade patronal:		
O sinistrado tem outra Apólice de Acidentes Pessoais? Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/>				
Nº da Apólice:		Companhia Seguradora:		
Quem prestou a primeira assistência (Posto / Hospital / Clínica / Médico)?				

4. OBSERVAÇÕES

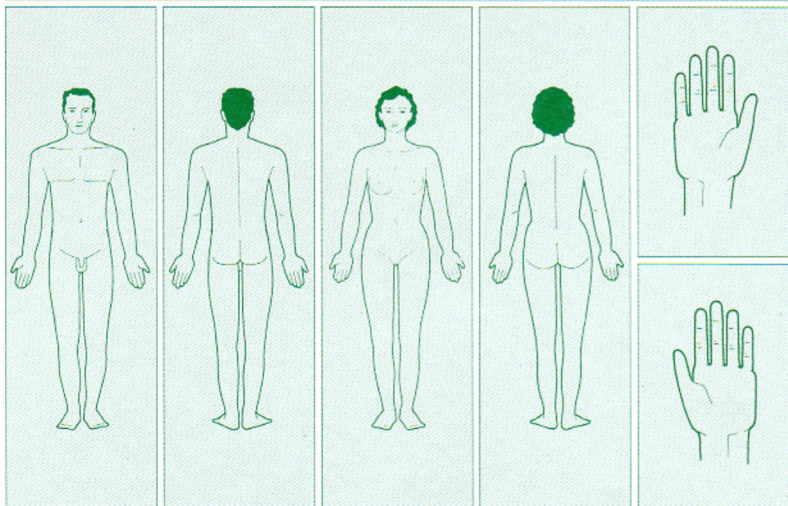
--

O Tomador do Seguro

BOLETIM DE EXAME MÉDICO

5. DIAGNÓSTICO

--



6. INCAPACIDADES PREVISTAS

Temporária absoluta	<input type="checkbox"/>	Quantos dias
Temporária parcial	<input type="checkbox"/>	Quantos dias
Permanente total	<input type="checkbox"/>	Quantos dias
Permanente parcial	<input type="checkbox"/>	Quantos dias
Não existe	<input type="checkbox"/>	

7. DOENÇAS COEXISTENTES OU ANTERIORES E/OU DEFEITOS FÍSICOS

Há relação entre as lesões e a descrição do acidente?	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>
Há doença que possa influenciar a cura das lesões?	Não <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/>

8. FACE À OBSERVAÇÃO

Pode regressar ao trabalho	<input type="checkbox"/>
Recolhe ao domicílio	<input type="checkbox"/>
Fica em tratamento ambulatorio	<input type="checkbox"/>
Fica hospitalizado em:	
Terapêutica aconselhada:	

Nome do médico:	
Nº de Cédula da ordem dos médicos:	Telefone:
Morada:	

O Médico assistente