

| |
|------------------------|
| DATA DE ENTRADA |
| |

| | | |
|--------------------------|------------------|--|
| MODALIDADE/PRODUTO _____ | APÓLICE N° _____ | SISTEMA DE INFORMAÇÃO SÉRIE 1 0 0 |
|--------------------------|------------------|--|

TODA A DOCUMENTAÇÃO DEVERÁ SER ENVIADA PARA:

SINISTROS DE ACIDENTES PESSOAIS - RUA ALEXANDRE HERCULANO, 53 - 2.º PISO - 1269-152 LISBOA 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 | D | D | M | M | A | A | A | A |

IBAN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | BIC | | | | | | | | | |

ANEXAR COMPROVATIVO DO BANCO COM INDICAÇÃO DO TITULAR DA CONTA

3. IDENTIFICAÇÃO / DESCRIÇÃO DO SINISTRO

DATA DO SINISTRO | D | D | M | M | A | A | A | A | 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 | D | D | M | M | A | A | A | A |

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

