

ACIDENTES PESSOAIS

GENERALI

Participação de Sinistro (Individuais e Empresas)

Ramo Apólice n.º Processo de sinistro N.º

Identificação do Tomador do Seguro

Nome N. I. Fiscal/NIPC
Morada Telefone
Localidade Código Postal
Data Nascimento NIB
Sexo F ☐ M ☐ Profissão E-mail

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRADO (Preencher se diferente do Tomador do Seguro)

Nome N. I. Fiscal/NIPC
Morada Telefone
Localidade Código Postal
Data Nascimento NIB
Sexo F ☐ M ☐ Profissão E-mail

DESCRIÇÃO DOS DADOS

Data Hora Local do Sinistro
Descrição do acidente
Causa provável do acidente
Partes do corpo atingidas
Descrição das lesões corporais
Continuou a exercer actividade profissional? Sim ☐ Não ☐
Autoridade que tomou conta da ocorrência

PRESTAÇÃO DE ASSISTÊNCIA CLÍNICA

Quem prestou a primeira assistência?
Morada Localidade Telefone
Se houve internamento hospitalar, por favor indicar:
Nome Telefone
Morada Localidade Código Postal
Nome do médico assistente

OUTRAS INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

O acidente relaciona-se com a profissão? Sim ☐ Não ☐
O acidente foi participado ao abrigo de apólice de Acidentes de Trabalho? Sim ☐ Não ☐
Em caso afirmativo, identifique o Segurado N.º de Apólice
O sinistrado tem outro seguro de Acidentes Pessoais com cobertura de despesas médicas? Sim ☐ Não ☐
Em caso afirmativo, identifique o Segurador N.º de Apólice Capital Seguro

EM CASO DE ACIDENTE DE VIAÇÃO

Marca e matrícula do veículo em que seguia: Marca Matrícula
Nome do condutor
Morada
Localidade Código Postal
Nome do proprietário (Preencher se diferente do condutor)
Morada
Localidade Código Postal
As autoridades tomaram conta da ocorrência? Sim ☐ Não ☐ GNR ☐ PSP ☐ Posto/Brigada/Esquadra

N.º do Auto de Notícia _____ Data Nascimento ____ • ____ • ____

Há testemunhas do acidente? Sim ☐ Não ☐ Em caso afirmativo, favor indique nome e morada.

Nome _____ Telefone _____

Morada _____ Localidade _____

Nome _____ Telefone _____

Morada _____ Localidade _____

NO CASO DO SINISTRO TER PROVOCADO DANOS EM TERCEIROS (Responsabilidade Civil)

Nome _____

Morada _____

Localidade _____ Código Postal ____ • ____ Telefone _____

Fax _____ E-mail: _____

Nome _____

Morada _____

Localidade _____ Código Postal ____ • ____ Telefone _____

Matrícula _____ Seguradora _____ N.º Apólice _____

E-mail: _____

(Verificar quais os documentos a juntar para a instrução do processo)

Em caso de acidente provocado por terceiro, identificar o terceiro

DOCUMENTAÇÃO OBRIGATÓRIA EM FUNÇÃO DAS PRINCIPAIS COBERTURAS

Despesas de Tratamento

Relatório médico com informação clínica e cópia dos exames complementares de diagnóstico. Apresentação dos recibos originais no caso de despesas com farmácia, honorários médicos, clínicas, hospitais, etc. No caso das despesas de farmácia torna-se ainda necessário cópia da receita.

Subsídio por incapacidade temporária

Relatório médico com informação clínica circunstanciada, onde conste nomeadamente as lesões sofridas, os tratamentos efectuados, cópia dos exames auxiliares de diagnóstico, período de incapacidade temporária e situação final.
Comprovativo da quebra salarial verificada nos casos de incapacidade temporária.

Subsídio por internamento hospitalar

Declaração do hospital onde conste o motivo do internamento e respectivo período.

Indemnização por incapacidade permanente parcial

Relatório médico com informação clínica circunstanciada, referindo nomeadamente as lesões sofridas, os tratamentos efectuados, cópia dos exames auxiliares de diagnóstico, período de recuperação e sequelas existentes.

Indemnização por morte

Certidão da habilitação de herdeiros, sempre que não haja beneficiários designados. Cópia do bilhete de identidade dos beneficiários.
Certidão de óbito, o relatório da autópsia e resultado da análise toxicológica ao sangue.
Participação elaborada pelas autoridades policiais intervenientes.

Despesas de Funeral

Recibo original das despesas de funeral.

Responsabilidade Civil

Declaração escrita do terceiro e indicação de testemunhas presenciais. Os salvados dos objectos danificados têm de ser preservados até à regularização do sinistro. Os comprovativos das despesas (recibos e facturas) devem ser os originais.
Declaração dos pais (ou de quem exerça o poder paternal) a assumir a responsabilidade dos filhos pelo sucedido.

Viagem

Em caso de desaparecimento de bagagem na transportadora ou em hotéis, anexar comprovativo da entidade envolvida a atestar o extravio definitivo da bagagem e dos valores que se propôs indemnizar, bem como relação dos bens contidos na bagagem e respectivo valor.

Bagagem

Em caso de furto ou roubo da bagagem, anexar cópia da participação à autoridade policial local, onde conste a relação dos bens reclamados.

Nome e Assinatura do Segurado ou representante legal

Nome do responsável pelo preenchimento da informação
por parte do Segurado ou Entidade Empregadora

Data do Preenchimento

____ • ____ • ____