

PARTICIPAÇÃO DE SINISTRO
ACIDENTES PESSOAIS

APÓLICE N.º



Representada por **JOSÉ MATA, LDA.**

- 1) Esta participação deve ser preenchida e enviada à Companhia dentro do prazo de 8 dias após o acidente.
2) Nenhuma reclamação será considerada sem que o atestado médico, no verso desta participação, seja devidamente preenchido.

TOMADOR DE SEGURO

Cliente n.º	Nome		
Morada			Localidade
Código Postal	País	Telefone	Fax
E-mail:			

SINISTRADO

Nome	Idade	Profissão ou ocupação actual
Morada onde exerce a sua profissão	Localidade	

1 – Indicar quando e onde ocorreu o acidente	Data: Local: Hora:
2 – Indicar, detalhadamente, como aconteceu e o que estava a fazer naquele momento	
3 – Indicar: a) As lesões que sofreu b) Se teve anteriormente semelhante lesão	
4 – Se está seguro em qualquer outra Companhia contra Acidentes Pessoais indique o nome ou nomes das respectivas Companhias.	
5 – Nomes e moradas de testemunhas presenciais do acidente.	
6 – Nome e morada do médico que o assistiu quando do sinistro • É o seu médico habitual? • Tem sido tratado, por ele ou por outro médico, de qualquer doença grave ou lesão? • Em caso afirmativo dê pormenores.	
7 – Favor indicar se: a) Está em condições de atender completamente ao seu trabalho ou ocupação ou b) Encontra-se apenas em parte inibido de atendê-lo?	
8 – Indique: a) Se está imobilizado no leito b) Se está impossibilitado de sair de casa c) Se pode sair para a rua	
9 – Onde pode ser visitado pelo nosso médico ou colaborador	

Data	Assinatura
------	------------

BOLETIM DE EXAME MÉDICO

1 – Nome, morada e ocupação do paciente	
2 – Tanto quanto conhece o caso, como se originou o acidente?	
3 – Quando fez a primeira consulta relativa ao acidente?	
4 – Ainda está a tratá-lo?	
5 – Faça o favor de descrever, com todos os detalhes, as lesões que ele sofreu. (Se um membro ou olho, indicar se direito ou esquerdo).	
6 – Os sintomas de que sofre, são unicamente resultado do acidente?	
7 – O paciente sofre, além das presentes lesões, de qualquer outra doença ou defeito físico? Na afirmativa, indicar a que natureza e até que ponto afectará o seu restabelecimento.	
8 – Indicar se o paciente por ordens de V. Exa. a) Se mantém no leito b) Se mantém em casa c) Pode sair para a rua	
9 – Incapacidades previstas a) Temporária absoluta N.º dias ____ b) Temporária parcial N.º dias ____ c) Permanente total N.º dias ____ d) Permanente parcial N.º dias ____ d) Não existe N.º dias ____	
10 – Face à observação Pode regressar ao trabalho Recolhe ao domicílio Fica em tratamento ambulatorio Fica hospitalizado em Terapêutica aconselhada	
11 – Se restabelecido, indicar desde quando	

Nome do médico

N.º de Cédula da ordem dos médicos

Morada

Telefone

Data

Assinatura