

**Participação de sinistro**

PROVIDENCIAR PARA QUE ESTA PARTICIPAÇÃO SEJA REMETIDA À SEGURADORA DENTRO DO PRAZO MÁXIMO DE 8 DIAS APÓS O ACIDENTE. O CERTIFICADO MÉDICO E O BOLETIM DE ALTA DEVEM ACOMPANHAR O SINISTRADO AO MÉDICO QUANDO DO PRIMEIRO EXAME.

APÓLICE Nº \_\_\_\_\_ PROCESSO Nº \_\_\_\_\_

**TOMADOR DO SEGURO**

NOME: \_\_\_\_\_ CLIENTE Nº \_\_\_\_\_  
DOMICÍLIO OU SEDE: \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL: \_\_\_\_\_

**SINISTRADO**

NOME: \_\_\_\_\_ DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_\_ (aaaa-mm-dd)  
MORADA: \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL: \_\_\_\_\_  
ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_ PROFISSÃO: \_\_\_\_\_  
ESTÁ SEGURO EM MAIS ALGUMA COMPANHIA? \_\_\_\_\_ QUAL? \_\_\_\_\_ TEM DESPESAS MÉDICAS? \_\_\_\_\_

**SINISTRO**

SE FOR ACIDENTE DE VIAÇÃO, DEVERÁ INDICAR A MATRÍCULA DAS VIATURAS INTERVENIENTES, SEGURADORA E APÓLICE DE SEGURO QUE AS GARANTA E NOME DOS CONDUTORES:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
SE A COBERTURA FOR **OCUPANTES DE VIATURA**, DEVERÁ FAZER TANTAS PARTICIPAÇÕES QUANTOS OS SINISTRADOS.

DATA DO SINISTRO: \_\_\_\_\_ (aaaa-mm-dd) HORA: \_\_\_\_\_ h \_\_\_\_\_ m LOCAL: \_\_\_\_\_  
DESCRIÇÃO DO ACIDENTE: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
LESÕES PRODUZIDAS: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
TEVE ANTERIORMENTE SEMELHANTE LESÃO NA MESMA REGIÃO DO CORPO? \_\_\_\_\_  
QUEM PRESTOU OS PRIMEIROS SOCORROS? \_\_\_\_\_  
NOME E MORADA DO MÉDICO ASSISTENTE: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
O SINISTRADO TRABALHOU DEPOIS DO ACIDENTE?  NÃO  SIM, ATÉ QUANDO? \_\_\_\_\_  
DEVIDO AO ACIDENTE, O SINISTRADO FICOU INCAPACITADO DE EXERCER A SUA ACTIVIDADE PROFISSIONAL?  NÃO  SIM  
O SINISTRADO FICOU HOSPITALIZADO?  NÃO  SIM, ONDE? \_\_\_\_\_  
QUANDO E ONDE PODE SER VISITADO PELOS NOSSOS SERVIÇOS? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
TESTEMUNHAS (Nomes, Idades, Moradas e Profissões): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
AUTORIDADE QUE TOMOU CONTA DA OCORRÊNCIA: \_\_\_\_\_

ASSINATURA DO TOMADOR DO SEGURO: \_\_\_\_\_ DATA DA PARTICIPAÇÃO: \_\_\_\_\_