

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

____ • ____ • ____