

Participação de Sinistro

Nº da Apólice

Nº do Processo

Data de Entrada

1. Tomador do Seguro / Segurado

(Utilizar letra de imprensa)

Nome

Morada

Localidade

Município

Cx. Postal

Telefone / Telemóvel

Sexo

M

F

NIF

E-mail

2. Pessoa Sinistrada

Nome

Morada

Localidade

Município

Cx. Postal

Telefone / Telemóvel

Sexo

M

F

Data de Nascimento

Estado Civil

Email

B.I. / Passaporte

Nacionalidade

Data de Emissão

Local de Emissão

NIF

Profissão

Naturalidade

IBAN / NIB

3. Descrição do Acidente

Data da ocorrência

Horas

Data início da viagem

Horas

Data fim da viagem

Horas

Local do acidente :

Descreva pormenorizadamente o acidente:

Houve intervenção das autoridades?

Não

Sim

Quais?

Processo Nº

[illegible]

Data da primeira assistência médica Horas
 Local
 Diagnóstico
 Tratamento recomendado
 Foram feitos exames auxiliares de diagnostico? Não ☐ Sim ☐ Se sim, indique quais e os resultados
 Parecer médico

Nome _____
 Morada (local onde foi assistido/a) _____
 Localidade _____ País _____
 Telemóvel _____ Email _____

O Tomador de Seguro ao assinar esta participação garante a exactidão das declarações, nada tendo omitido que posso induzir em erro na apreciação do risco cujo seguro propõe, tal como é sua obrigação, ainda que esta tenha sido preenchida por terceiros e por si apenas assinada. Declara também que tomou conhecimento das condições contratuais aplicáveis ao seguro proposto.

Local: _____ **Data:** / /