

A participação deve ser remetida à Companhia urgentemente

APÓLICE:

1. TOMADOR DE SEGURO				
Cliente N.º		Nome		
Morada				Localidade
Cód. Postal		Pais	Telefone	Telefax
-				

2. SINISTRADO							
Nome Completo							
Título / R. Social	Sexo	Profissão / Ramo actividade	Perf.	CAE	Nº Contribuinte	Nº B. Identidade	
	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>						
Data de Nascimento		Nacionalidade	Carta de Condução				
			N.º				
			Data de Emissão				
Morada				Localidade			
Cód. Postal			Pais	Telefone	Telefax		
-							
E-mail						Telemóvel	

3. ACIDENTE			
Data		Hora	h m Local:
Descrição			
Quem prestou a primeira assistência? (Posto/ Hospital/ Clínica/ Médico)			
O acidente envolveu a utilização de qualquer veículo? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		Matrícula:	Condutor:
Proprietário:		Apólice:	Seguradora:
Autoridade que tomou conta da ocorrência (remeter o auto à seguradora):		De quem é a responsabilidade?	

4. OBSERVAÇÕES

BOLETIM DE EXAME MÉDICO E DE ALTA - A PREENCHER PELO MÉDICO ASSISTENTE

5. DIAGNÓSTICO					

6. CONSULTAS E TRATAMENTOS		
Data	Terapêutica	Rubrica

