

N.º APÓLICE _____ PROCESSO DE SINISTRO N.º _____

TOMADOR DO SEGURO / SEGURADO

NOME _____
MORADA _____
LOCALIDADE _____ CÓDIGO POSTAL _____ - _____
TELEFONE _____ TELEMÓVEL _____
NIB _____

SINISTRADO

NOME _____
MORADA _____
LOCALIDADE _____ CÓDIGO POSTAL _____ - _____
PROFISSÃO _____ TELEFONE _____
N.º CONTRIBUINTE _____ DATA DE NASCIMENTO _____
DIA MÊS ANO
NIB _____

ACIDENTE

DATA DA OCORRÊNCIA _____ HORA _____
DIA MÊS ANO HORA MIN.
LOCAL _____ CONCELHO _____
DESCRIÇÃO PORMENORIZADA DO ACIDENTE _____

QUAL A TAREFA QUE EXECUTAVA NO MOMENTO DO ACIDENTE ? _____

LESÕES PRODUZIDAS _____

O ACIDENTE RELACIONA-SE COM A SUA PROFISSÃO ? NÃO SIM

O ACIDENTE ENCONTRA-SE COBERTO POR ALGUMA APÓLICE DE ACIDENTES DE TRABALHO ? NÃO SIM

EM QUAL COMPANHIA ? _____ N.º DA APÓLICE E/OU NOME DA ENTIDADE PATRONAL _____

ANTERIORES TEVE LESÕES NA MESMA REGIÃO DO CORPO ? NÃO SIM

O SINISTRADO TRABALHOU DEPOIS DO ACIDENTE ? NÃO SIM EM CASO AFIRMATIVO, ATÉ QUANDO ? _____

EM QUE HOSPITAL / CLÍNICA FORAM PRESTADOS OS PRIMEIROS SOCORROS ? _____

LOCALIDADE _____ INDIQUE O NOME DO MÉDICO ASSISTENTE _____

DEPOIS DE ASSISTIDO O SINISTRADO FICOU INCAPACITADO DE ATENDER A QUALQUER OUTRA OCUPAÇÃO ? _____

O SINISTRADO FICOU HOSPITALIZADO ? NÃO SIM EM CASO AFIRMATIVO, ONDE ? _____

QUANDO E ONDE PODE SER VISITADO PELOS NOSSOS SERVIÇOS CLÍNICOS ? _____

NO CASO DE ACIDENTE DE VIAÇÃO INDIQUE

NOME DO CONDUTOR _____

N.º CARTA DE CONDUÇÃO _____ MATRÍCULA DA VIATURA _____

FOI LEVANTADO ALGUM AUTO PELAS AUTORIDADES ? NÃO SIM EM CASO AFIRMATIVO, QUAL ? _____

ASSINATURA DO TOMADOR

DIA MÊS ANO

ASSINATURA DO SINISTRADO



NO CASO DE RESPONSABILIDADE CIVIL INDIQUE

CAUSADOR DO SINISTRO _____

RELAÇÃO COM O SEGURADO _____

RELAÇÃO DOS DANOS MATERIAIS

	VALOR
_____	_____._____._____, _____._____ €
_____	_____._____._____, _____._____ €
_____	_____._____._____, _____._____ €
_____	_____._____._____, _____._____ €
TOTAL RECLAMADO	_____._____._____, _____._____ €

DANOS CAUSADOS A TERCEIROS

NOME DO LESADO _____

MORADA _____

LOCALIDADE _____ CÓDIGO POSTAL _____ - _____

TELEFONE _____ TELEMÓVEL _____

N.º CONTRIBUINTE _____

ESTADO CIVIL _____ IDADE _____ PROFISSÃO _____

É PARENTE DO SEGURADO ? NÃO SIM GRAU DE PARENTESCO _____

NIB _____

LESÃO _____

TESTEMUNHAS DO ACIDENTE

1. NOME _____

MORADA _____

É FAMILIAR DO SINISTRADO ? NÃO SIM EM CASO AFIRMATIVO, QUAL O GRAU DE PARENTESCO ? _____

2. NOME _____

MORADA _____

É FAMILIAR DO SINISTRADO ? NÃO SIM EM CASO AFIRMATIVO, QUAL O GRAU DE PARENTESCO ? _____

NOTAS INFORMATIVAS

- O preenchimento da presente participação é necessário e fundamental para a análise e regularização de todos os sinistros.
- Para sinistros de incapacidade temporária, deverão ser enviados os seguintes documentos: relatório médico detalhado do médico assistente, indicando a patologia resultante do acidente, bem como os períodos de incapacidade e sua percentagem; boletim de internamento (caso tenha ocorrido); ficha de urgência da data do acidente; auto de ocorrência das autoridades policiais (em caso de acidente); boletim de alta médica, no final do período de incapacidade.
- Para sinistros de hospitalização deverá ser enviada a nota de alta hospitalar.
- Para sinistros de morte, deverão ser enviadas cópias do assento de óbito, certificado de óbito, relatório de autópsia (se tiver sido realizado), habilitação de herdeiros, auto de ocorrência das autoridades em caso de acidente, fotocópia do documento de identificação da pessoa segura, fotocópias dos documentos de identificação e números de contribuinte dos beneficiários.
- O segurador poderá solicitar à pessoa segura, sempre que necessário, documentação adicional para avaliação do sinistro participado.

DECLARAÇÕES

Autorizo que os dados pessoais recolhidos no presente documento sejam processados e armazenados informaticamente para os efeitos de gestão da apólice de seguro, incluindo a disponibilização dos dados a outras empresas, podendo envolver a transferência para outros países, inclusive para fora da União Europeia.

É-me garantido o direito de acesso e rectificação de qualquer dado que me diga respeito, podendo solicitar a sua correcção, aditamento ou eliminação, mediante contacto pessoal ou por escrito, para a sede da CA Seguros, em Lisboa. É-me ainda garantido o compromisso de privacidade dos meus dados e de tomada de medidas adequadas para os preservar de forma confidencial e segura.

Autorizo qualquer médico, Hospital, Instituição de Saúde, entidade seguradora, ou qualquer outra pessoa ou instituição, pública ou privada, dentro dos limites legais, a facultar à CA Seguros, ou a seu representante, informações sobre o meu estado de saúde, incluindo historial médico, hospitalizações, recomendações médicas, diagnósticos, tratamentos e doenças.

DIA MÉS ANO

ASSINATURA DA PESSOA SEGURA
(CONFORME DOCUMENTO DE IDENTIDADE)

ASSINATURA DO TOMADOR DO SEGURO