TRANQUILIDADE

Participação de Sinistro
Acidentes Pessoais

DATA DE ENTRADA

Produto: **Entidade:**

N.º Apólice: _____ _____ Singular ☐

Proc./Ocorrência: _____ Coletiva ☐

CLIENTE/TOMADOR DO SEGURO

Nome: _____

Morada: _____ Cód. Postal: ____-___ _____

N.º Contribuinte: _____ Data Nasc.: ____/____/_____ Sexo: F ☐ M ☐ Telefone: _____

Telemóvel: _____ Email: _____

Profissão: _____

ACIDENTE

Data: ____ /____ /_____ Hora: _____

Local: _____ Concelho: _____

Descrição (Pormenorizada circunstâncias, causas e consequências): _____

_____

_____

_____

Se, se tratar de acidente de viação indicar:

N.º Apólice da viatura em que seguia: _____ Segurador: _____

N.º Apólice da viatura causadora do acidente: _____ Segurador: _____

RECLAMANTE (PESSOA SEGURA)

Dados Pessoais (se diferente do Cliente)

Nome: _____

Morada: _____ Cód. Postal: ____-___ _____

N.º Contribuinte: _____ Data Nasc.: ____/____/_____ Sexo: F ☐ M ☐ Telefone: _____

Telemóvel: _____ Email: _____

Profissão: _____

Danos sofridos: _____

_____

Prestação de Assistência Médica

1.º tratamento Médico/Hospitalar: _____

Morada: _____ Telefone: _____

Foi internado? _____ Onde? _____

Médico Assistente

Nome: _____

Morada: _____ Telefone: _____

TESTEMUNHAS

Nome: _____ Telefone: _____

Morada: _____ Cód. Postal: _____-_____ _____

Nome: _____ Telefone: _____

Morada: _____ Cód. Postal: _____-_____ _____

Nome: _____ Telefone: _____

Morada: _____ Cód. Postal: _____-_____ _____

AUTORIDADE

Foi comunicada a ocorrência às autoridades? _____ PSP ☐ GNR ☐ PJ ☐ Posto/Brigada/Esquadra: _____

N.º Processo ou Participação: _____

OBSERVAÇÕES

_____

_____

_____

_____

Atenção: Os honorários clínicos, despesas de farmácia e de tratamento são sempre pagos diretamente pelo reclamante.

_____ , ____ /____/_____

O Tomador do Seguro e/ou _____

A Pessoa Segura _____

ATESTADO DE EXAME MÉDICO

1. Nome do sinistrado: _____

_____

Data do primeiro exame médico: _____ de _____ de _____ às _____ horas.

2. Quais as lesões sofridas? _____

_____

_____

_____

_____

_____

3. As lesões de que sofre o sinistrado são unicamente as resultantes do acidente? _____

_____

_____

4. Tem ou teve o sinistrado qualquer doença anterior que possa agravar ou ser agravada por este acidente?

Qual? _____

_____

_____

5. INCAPACIDADE

Internado no Hospital de: _____

Com Incapacidade Temporária Absoluta? _____ desde _____ de _____ de _____

Com Incapacidade Temporária Parcial de? _____ % desde _____ de _____ de _____

Sem Incapacidade? _____ desde _____ de _____ de _____

Duração provável do tratamento: _____ dias

6. Foi ou será efetuada alguma intervenção cirúrgica? _____

7. Acidentes anteriores e desvalorizações: _____

8. Outros esclarecimentos: _____

_____ , _____ de _____ de _____

_____

(O Médico)

Nome Completo _____

Morada _____

Seguradoras Unidas, S. A.
SEDE Av. da Liberdade, 242
1250-149 LISBOA

Capital Social 182 000 000 € (realizado 84 000 000 €)
N.º único de Matrícula CRC Lisboa NIPC 500 940 231

☎ **Linha Clientes:**
707 240 707 / 211 520 310
Apoio Comercial 8h30/20h - dias úteis
Assistência 24h - 7 dias/semana
clientes@tranquilidade.pt
clientes@acoreana.pt