

PROC.: [REDACTED]	
EXPED.	LIMITE DE COBERTURA
[REDACTED]	[REDACTED] €
[REDACTED]	[REDACTED] €
[REDACTED]	[REDACTED] €
A PREENCHER PELA ENTIDADE SEGURADORA	

PARTICIPAÇÃO DE SINISTRO

DADOS DO TOMADOR / APÓLICE

**APÓLICE DE SEGURO N.º** [REDACTED]

APELIDOS [REDACTED] NOME [REDACTED] TELEFONE OU TELEMÓVEL [REDACTED]

MORADA [REDACTED] CÓDIGO POSTAL [REDACTED] LOCALIDADE [REDACTED]

DADOS DO ACIDENTADO

BILHETE DE IDENTIDADE [REDACTED] APELIDOS [REDACTED] NOME [REDACTED]

MORADA [REDACTED] CÓDIGO POSTAL [REDACTED] LOCALIDADE [REDACTED]

TELEMÓVEL [REDACTED] E-MAIL [REDACTED] TELEFONE [REDACTED]

DATA DE NASCIMENTO [REDACTED] PROFISSÃO [REDACTED] ESTADO CIVIL: SOL. CAS. VIU. DIV. OUT.

DADOS DO ACIDENTE

DATA DO ACIDENTE [REDACTED] HORA MIN. [REDACTED] LOCAL DO ACIDENTE [REDACTED] LOCALIDADE [REDACTED]

DESCREVA PORMENORIZADAMENTE O ACIDENTE, MENCIONANDO DESIGNADAMENTE OS ACONTECIMENTOS QUE LHE DERAM ORIGEM E TAMBÉM OS ACONTECIMENTOS QUE CONDUZIRAM À LESÃO: \_\_\_\_\_

O ACIDENTE ESTÁ RELACIONADO COM A SUA ACTIVIDADE PROFISSIONAL? NÃO SIM

PARTICIPOU O PRESENTE ACIDENTE A OUTRA ENTIDADE SEGURADORA? NÃO SIM QUAL? [REDACTED]

AO ABRIGO DE QUE TIPO DE SEGURO? AC. PESSOAIS  AC. TRABALHO  AUTOMÓVEL  APÓLICE N.º [REDACTED]

HOUVE CULPA DE TERCEIROS NÃO SIM NOME DO RESPONSÁVEL [REDACTED]

MORADA [REDACTED] CÓDIGO POSTAL [REDACTED] LOCALIDADE [REDACTED]

ALGUMA AUTORIDADE TOMOU CONTA DA OCORRÊNCIA? NÃO SIM QUAL? [REDACTED]

TESTEMUNHAS DO ACIDENTE:

NOME [REDACTED] TELEFONE OU TELEMÓVEL [REDACTED]

MORADA [REDACTED] CÓDIGO POSTAL [REDACTED] LOCALIDADE [REDACTED]

NOME [REDACTED] TELEFONE OU TELEMÓVEL [REDACTED]

MORADA [REDACTED] CÓDIGO POSTAL [REDACTED] LOCALIDADE [REDACTED]

CONSEQUÊNCIAS DO ACIDENTE

QUAIS AS LESÕES SOFRIDAS EM CONSEQUÊNCIA DO ACIDENTE? \_\_\_\_\_

PRIMEIROS SOCORROS ENTIDADE QUE OS PRESTOU [REDACTED] DATA [REDACTED] HORA MIN. [REDACTED]

FICOU HOSPITALIZADO? NÃO SIM ONDE? [REDACTED] PERÍODO: INÍCIO [REDACTED] TERMO [REDACTED]

ESTÁ A SER ASSISTIDO POR ALGUMA ENTIDADE CLÍNICA? NÃO SIM

NOME [REDACTED] LOCALIDADE [REDACTED] TELEFONE OU TELEMÓVEL [REDACTED]

É PORTADOR DE ALGUMA LESÃO ANTERIOR AO ACIDENTE? NÃO SIM QUAL? [REDACTED]

O TOMADOR DE SEGURO

O ACIDENTADO

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_

SAINT-GOBAIN ASSURANCE SA - 010 547 700 - 0027 II 010 547 700 - 0027