

Participação de sinistro

PROVIDENCIAR PARA QUE ESTA PARTICIPAÇÃO SEJA REMETIDA À SEGURADORA DENTRO DO PRAZO MÁXIMO DE 8 DIAS APÓS O ACIDENTE. O CERTIFICADO MÉDICO E O BOLETIM DE ALTA DEVEM ACOMPANHAR O SINISTRADO AO MÉDICO QUANDO DO PRIMEIRO EXAME.

APÓLICE Nº _____	PROCESSO Nº _____
------------------	-------------------

TOMADOR DO SEGURO

NOME: _____	CLIENTE Nº _____
DOMICÍLIO OU SEDE: _____	CÓDIGO POSTAL: _____

SINISTRADO

NOME: _____	DATA DE NASCIMENTO: _____ (aaaa-mm-dd)	
MORADA: _____	CÓDIGO POSTAL: _____	
ESTADO CIVIL: _____	PROFISSÃO: _____	
ESTÁ SEGURO EM MAIS ALGUMA COMPANHIA? _____	QUAL? _____	TEM DESPESAS MÉDICAS? _____

SINISTRO

SE FOR ACIDENTE DE VIAÇÃO, DEVERÁ INDICAR A MATRÍCULA DAS VIATURAS INTERVENIENTES, SEGURADORA E APÓLICE DE SEGURO QUE AS GARANTA E NOME DOS CONDUTORES:

SE A COBERTURA FOR **OCUPANTES DE VIATURA**, DEVERÁ FAZER TANTAS PARTICIPAÇÕES QUANTOS OS SINISTRADOS.

DATA DO SINISTRO: _____ (aaaa-mm-dd)	HORA: ____h ____m	LOCAL: _____
DESCRIÇÃO DO ACIDENTE: _____		
LESÕES PRODUZIDAS: _____		
TEVE ANTERIORMENTE SEMELHANTE LESÃO NA MESMA REGIÃO DO CORPO? _____		
QUEM PRESTOU OS PRIMEIROS SOCORROS? _____		
NOME E MORADA DO MÉDICO ASSISTENTE: _____		
O SINISTRADO TRABALHOU DEPOIS DO ACIDENTE? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM, ATÉ QUANDO? _____		
DEVIDO AO ACIDENTE, O SINISTRADO FICOU INCAPACITADO DE EXERCER A SUA ACTIVIDADE PROFISSIONAL? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM		
O SINISTRADO FICOU HOSPITALIZADO? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM, ONDE? _____		
QUANDO E ONDE PODE SER VISITADO PELOS NOSSOS SERVIÇOS? _____		
TESTEMUNHAS (Nomes, Idades, Moradas e Profissões): _____		
AUTORIDADE QUE TOMOU CONTA DA OCORRÊNCIA: _____		

ASSINATURA DO TOMADOR DO SEGURO: _____ DATA DA PARTICIPAÇÃO: _____

BOLETIM DE ALTA

NOTA: Responder a todos os quesitos e enviar logo após a atribuição da alta.

APÓLICE Nº _____ DATA DO SINISTRO: _____ (aaaa-mm-dd)
NOME DO TOMADOR DO SEGURO: _____
DOMICÍLIO OU SEDE: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

1. IDENTIFICAÇÃO DOSINISTRADO
NOME: _____

2. INDICAÇÕES CLÍNICAS
A) Diagnóstico Definitivo: _____
B) Data e Resultados dos RX efectuados: _____
C) Data e Natureza da Intervenção Cirúrgica efectuada: _____
D) Houve agravamento das Lesões? _____
E) Porquê? _____
F) Foram seguidas pelo Sinistrado as suas prescrições? _____
G) Quantas consultas teve? E quantos pensos? _____
H) Ficou completamente curado? _____

3. INCAPACIDADES DEFINITIVAS - Ter em atenção a profissão do Sinistrado e o que abaixo se estipula.
A) Incapacidade Temporária Absoluta. DE ____ / ____ / ____ a ____ / ____ / ____
B) Incapacidade Temporária Parcial: ____% DE ____ / ____ / ____ a ____ / ____ / ____
C) Sem incapacidade. DE ____ / ____ / ____ a ____ / ____ / ____
D) Sobreveio Invalidez Permanente em consequência deste Acidente? _____
E) Descrever em pormenor: _____
F) Grau de desvalorização - De acordo com a Tabela de Acidentes Pessoais: _____
G) Observações: _____

Honorários: _____ € (A Liquidar pelo Tomador do Seguro)
Nome do Médico: _____
Morada: _____
ASSINATURA _____
Data: ____ / ____ / ____

NATUREZA DAS INCAPACIDADES:

Incapacidade Temporária Absoluta (I.T.A.): Enquanto o Sinistrado que exerça profissão determinada se encontre na completa impossibilidade física de atender ao seu trabalho e para o Sinistrado que não exerça profissão determinada, enquanto for obrigado a permanecer no seu domicílio sob tratamento médico.

Incapacidade Temporária Parcial (I.T.P.): Enquanto a Pessoa Segura, que exerça profissão remunerada, se encontre apenas em parte inibida de realizar qualquer trabalho, nas condições da alínea precedente, que lhe provoque diminuição dos seus proventos. Em relação à pessoa que não exerça profissão remunerada este tipo de incapacidade não se aplica, não lhe sendo, portanto, conferido direito a quaisquer subsídios por incapacidade temporária logo que deixem de se verificar as circunstâncias que conferem direito a subsídio por incapacidade temporária absoluta (1º grau).

Sem incapacidade (S.I.): Quando o Sinistrado que exerça ou não profissão determinada apenas receba tratamento e as lesões provenientes do acidente em nada o impeçam de exercer as suas ocupações normais.

CERTIFICADO MÉDICO

APÓLICE Nº _____	DATA DO SINISTRO: _____ (aaaa-mm-dd)
NOME DO TOMADOR DO SEGURO: _____	
DOMICÍLIO OU SEDE: _____	CÓDIGO POSTAL: _____

1. NOME DO SINISTRADO	
2. É Médico habitual do sinistrado? Em caso afirmativo, há quanto tempo o conhece ?	
3. Quando fez a primeira consulta em virtude das lesões sofridas na sequência do acidente?	
4. Ainda está a tratá-lo?	
5. Descreva com todos os detalhes as lesões que ele sofreu.	
6. A patologia verificada é unicamente resultado do acidente?	
7. O Sinistrado sofre, além das presentes lesões, de qualquer outra doença ou defeito físico? Na afirmativa, indicar a sua natureza e qual a sua influência no restabelecimento.	

8. INCAPACIDADES PREVISTAS - Ter em atenção a profissão e o que abaixo se estipula.

A) Incapacidade Temporária Absoluta: _____ Dias.

B) Incapacidade Temporária Parcial: _____% _____ Dias.

C) Sem Incapacidade: _____ Dias. Data provável da alta definitiva : ____ / ____ / ____

CERTIFICO QUE AS DECLARAÇÕES ACIMA SÃO EXATAS.

Nome do Médico: _____

Morada: _____

ASSINATURA _____

Data: ____ / ____ / ____

NATUREZA DAS INCAPACIDADES:

Incapacidade Temporária Absoluta (I.T.A.): Enquanto o Sinistrado que exerça profissão determinada se encontre na completa impossibilidade física de atender ao seu trabalho e para o Sinistrado que não exerça profissão determinada, enquanto for obrigado a permanecer no seu domicílio sob tratamento médico.

Incapacidade Temporária Parcial (I.T.P.): Enquanto a Pessoa Segura, que exerça profissão remunerada, se encontre apenas em parte inibida de realizar qualquer trabalho, nas condições da alínea precedente, que lhe provoque diminuição dos seus proventos. Em relação à pessoa que não exerça profissão remunerada este tipo de incapacidade não se aplica, não lhe sendo, portanto, conferido direito a quaisquer subsídio por incapacidade temporária logo que deixem de se verificar as circunstâncias que conferem direito a subsídio por incapacidade temporária absoluta (1º grau).

Sem incapacidade (S.I.): Quando o Sinistrado que exerça ou não profissão determinada apenas receba tratamento e as lesões provenientes do acidente em nada o impeçam de exercer as suas ocupações normais.