



DATA DE ENTRADA

Produto:

Entidade:

N.º Apólice: _____
Proc./Ocorrência: _____

Singular
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 viagem 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 _____