

PARTICIPAÇÃO DE SINISTRO

- ACIDENTES PESSOAIS
 OCUPANTES DE VIATURAS
 VIAGENS

A participação deve ser remetida à Companhia urgentemente

CLIENTE:
RAMO: **APÓLICE:**

1. TOMADOR DO SEGURO		
Nome Completo	Universidade do Minho	E-mail
Morada	Largo do Paço	NIF
Local do sinistro		5 0 2 0 1 1 3 7 8
Freguesia	Concelho	País
Telefone		

2. SINISTRADO		
Nome Completo		
Título / R. Social	Sexo F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Profissão / Atividade
Data de Nascimento	Nacionalidade	Perf. CAE
Morada	Carta de Condução Nº	NIF
Cód. Postal	País	1ª Data de Emissão
E-mail	Localidade	Nº B.I. / Cartão Cidadão
Telefone		
E-mail		Telemóvel

3. ACIDENTE		
Data:	Hora:	Local:
Descrição:		
Quem prestou a primeira assistência? (Posto / Hospital / Clínica / Médico)		
O acidente envolveu a utilização de qualquer veículo?	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Matrícula:
Proprietário:	Apólice:	Condutor:
Autoridade que tomou conta da ocorrência: (remeter auto à seguradora)	Seguradora:	
		De quem é a responsabilidade?

4. OBSERVAÇÕES		

5. IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL PELA PARTICIPAÇÃO		
Nome:		
Data de preenchimento:	Assinatura:	

BOLETIM DE EXAME MÉDICO DE ALTA - A PREENCHER PELO MÉDICO ASSISTENTE

6. DIAGNÓSTICO				

7. CONSULTAS E TRATAMENTOS		
Data	Terapêutica	Rubrica

