

ACIDENTES PESSOAIS



Rua de São Ciro, N.º 79/79-A • 1200-830 LISBOA PORTUGAL
Tel. f. : 21 390 13 82/3 • Fax: 21 390 13 84
E-mail: central@actaseguros.pt • Home Page: www.actaseguros.pt

Sucursal/Escritório 	Núcleo de Indemnização
-------------------------	----------------------------



PARTICIPAÇÃO DE ACIDENTE

Utilizar letra de imprensa e um caracter por quadrícula.

Todos os campos são de preenchimento obrigatório

Ramo	Apólice	Processo
Tipo de Seguro		

TOMADOR DE SEGURO

Nunca abreviar os dois primeiros e os dois últimos nomes

Nome | | | | | | | | | |

Morada | | | | | | | | | |

Código Postal | | | | |

N.º Contribuinte | | | | | | | | | |

E-mail | | | | | | | | | |

SINISTRADO

Nunca abreviar os dois primeiros e os dois últimos nomes

Nome | | | | | | | | | |

Morada | | | | | | | | | |

Código Postal | | | | |

Data de Nascimento | | | | | | | | | |

Profissão | | | | | | | | | |

Telefone | | | | | | | | | |

N.º Contribuinte | | | | | | | | | |

N.º Beneficiário Segurança Social | | | | | | | | | |

CIRCUNSTÂNCIAS DO ACIDENTE

Descrever pormenorizadamente o acidente, mencionando, designadamente, os acontecimentos que lhe deram origem e também os que conduziram à Lesão, substâncias, equipamentos e ferramentas que usava, etc.

| | | | | | | | | |

| | | | | | | | | |

Descrever a tarefa executada pelo Sinistrado no momento do Acidente

Assinalar a situação correspondente à tarefa descrita →

<input type="checkbox"/>	1. A Habitualmente exercida	<input type="checkbox"/>	2. Ocasionalmente exercida
<input type="checkbox"/>	3. Outra		

DADOS DO ACIDENTE REFERENTES AO SINISTRADO

Data e Hora do Acidente | | | | | | | | | | | | | | |

Local | | | | | | | | | |

Concelho | | | | | | | | | |

Entidade que prestou os Primeiros Socorros | | | | | | | | | |

Ficou hospitalizado? SIM NÃO

Se SIM, qual o Estabelecimento Hospitalar? | | | | | | | | | |

Foi acidente de viação? SIM NÃO

Deslocava-se em veículo motorizado de 2, 3 rodas ou motoquatro? SIM NÃO

A responsabilidade foi de terceiros? SIM NÃO

Se SIM, indicar nome(s) e morada(s) do(s) Responsável(eis) | | | | | | | | | |

Matrícula do Veículo | | | | | | | | | |

Número da Apólice | | | | | | | | | |

Seguradora | | | | | | | | | |

Se houve intervenção das autoridades, detalhar | | | | | | | | | |

Foi efectuado teste de alcoolémia? SIM NÃO

Em sua opinião as lesões impedem-no de exercer a sua actividade profissional? SIM NÃO

Foi efectuado análise toxicológica da presença de psicotrópicos? SIM NÃO

OUTROS DADOS

Tem outras apólices de acidentes pessoais? SIM NÃO

Se SIM, indicar em que Seguradora | | | | | | | | | |

Participou o acidente noutra apólice? SIM NÃO

Se SIM, informar Ramo | | | | | | | | | |

Apólice | | | | | | | | | |

Seguradora | | | | | | | | | |

TESTEMUNHAS

Nome	Profissão
Morada	Telefone
Nome	Profissão
Morada	Telefone
Nome	Profissão
Morada	Telefone

DETALHES DA LESÃO

Natureza da lesão | | | | | | | | | |

Nome e Assinatura ou Carimbo do Tomador ou Legal Representante	Nome e Assinatura do Responsável (da Pessoa Segura) pelo Preenchimento da Participação	Data de Preenchimento
--	--	---------------------------

INSTRUÇÕES NO VERSO

A-02-0007-0802



Rua de São Ciro, N.º 79/79-A • 1200-830 LISBOA PORTUGAL
Telefs.: 21 390 13 82/3 • Fax: 21 390 13 84
E-mail: central@actaseguros.pt • Home Page: www.actaseguros.pt

INSTRUÇÕES

1. O Preenchimento integral deste documento é fundamental para uma melhor resolução do Sinistro.
2. A Participação de Acidente deve ser efectuada numa Sucursal/Escritório da Seguradora ou, junto do mediador do Contrato, no prazo de oito (8) dias após a ocorrência do acidente.
3. Os restantes impressos (policopiativos) devem ser destacados da Participação de Sinistro (após preenchimento desta) e ficam na posse de quem participar o acidente para serem utilizados posteriormente, para completa regularização do sinistro.
4. O Boletim de Exame Médico deverá ser entregue numa Sucursal/Escritório da Seguradora ou, nos casos do Continente e Madeira, este impresso também poderá ser enviado para os Serviços Centrais da Companhia em Lisboa (endereço na frente deste documento), até 48 horas após a participação do acidente. Este documento deverá ser integralmente preenchido pelo médico que tiver observado e seguido, clinicamente, o Sinistrado.
5. O Boletim de Alta deverá ser entregue numa Sucursal/Escritório da Seguradora ou, nos casos do Continente e Madeira, este impresso também poderá ser enviado para os Serviços Centrais da Companhia em Lisboa (endereço na frente deste documento), até 48 horas após a cura das lesões. Este documento deverá ser integralmente preenchido pelo médico que tiver observado e seguido, clinicamente, o Sinistrado.