

PARTICIPAÇÃO DE SINISTRO

Acidentes Pessoais Ocup. viaturas Viagens

Enviar para:

MEDIPOM

Urbanização Rego do Bonfim

Rua A, 21

3000-418 Coimbra

APÓLICE: **0 1 6 7 2 3 0 0 0**

A participação deve ser remetida à Companhia urgentemente

1. TOMADOR DE SEGURO

Cliente N.º	Nome		
Morada	Localidade		
Cód. Postal	Pais	Telefone	Telefax

2. SINISTRADO

Nome Completo							
Título / R. Social	Sexo F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Profissão / Ramo actividade	Perf.	CAE	Nº Contribuinte	Nº B. Identidade	
Data de Nascimento	Nacionalidade		Carta de Condução N.º		Data de Emissão		
Morada	Localidade						
Cód. Postal	Pais	Telefone	Telefax				
E-mail						Telemóvel	

3. ACIDENTE

Data	Hora	h	m	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:	Condutor:	
Proprietário:		Apólice:	Seguradora:	
Autoridade que tomou conta da ocorrência (remeter o auto à seguradora):			De quem é a responsabilidade?	

4. OBSERVAÇÕES

--

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

5. DIAGNÓSTICO

6. CONSULTAS E TRATAMENTOS

Data	Terapêutica	Rubrica

