

**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?  NÃO  SIM, ATÉ QUANDO? \_\_\_\_\_  
DEVIDO AO ACIDENTE, O SINISTRADO FICOU INCAPACITADO DE EXERCER A SUA ACTIVIDADE PROFISSIONAL?  NÃO  SIM  
O SINISTRADO FICOU HOSPITALIZADO?  NÃO  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.  | _____<br>_____          |
| 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. | _____<br>_____<br>_____ |

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 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.