



Apólice nº	580009082	Uso da Companhia	Nº SINISTRO																	
------------	------------------	------------------	-------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Tomador de Seguro

Nome **CENTRO CULTURAL DESPORTIVO ASES DO PEDAL**

Telefone _____ Fax _____

Sinistrado

Nome (completo) _____

Morada _____

Código Postal _____ Localidade _____

Bilhete de Identidade / Cédula Pessoal _____ Nº Contribuinte _____

Data de Nascimento Dia _____ Mês _____ Ano _____ Profissão _____ Telefone _____

Acidente

Data e hora do acidente Dia **03** Mês **05** Ano **2008** Hora _____ Local do acidente _____

No momento do acidente que fazia o Sinistrado?

Descrição pormenorizada de como aconteceu o acidente:

Se no momento do acidente o sinistrado era transportado em veículo, indicar:

Tipo de veículo (automóvel, camioneta, autocarro, moto, motorizada, etc. ...)

Veículo de caixa aberta ou fechada: _____ Matrícula _____ Lotação _____

Quem conduzia o veículo? _____ Carta de Condução nº _____

O sinistrado tem relação de parentesco ou de trabalho com o Segurado? Não Sim

E com o condutor do veículo Não Sim Qual?

Consequências

Ferimentos ou lesões resultantes:

No momento do acidente que fazia o Sinistrado?

Quem lhe prestou o primeiro tratamento?

Houve necessidade de recorrer ao Hospital? Não Sim Qual?

Foi transferido para outro estabelecimento hospitalar? Não Sim Qual?

Deslocou-se em ambulância Não Sim Dos Bombeiros de _____

Está ou vai ser tratado em algum Centro Médico? Não Sim Qual?

Ficou internado? Não Sim Ficou em regime de tratamento ambulatorio Não Sim

O Sinistrado está total ou parcialmente impossibilitado de trabalhar? Não Sim

Ramo	Apólice	Data do Sinistro	Dia	Mês	Ano	N.º Sinistro	CD	NAT.	Loc. Sin.	Causa	Cobert.	Ind. Max.	Franquia
													Visto Contabilização

Declarações

Testemunhas presenciais do acidente (nomes e moradas)

Autoridade que tomou conta da ocorrência:

Existe outro Seguro que abranja este acidente? Não Sim Em que Companhia?

Nota Importante

O Segurado e/ou o Sinistrado devem promover imediatamente que o Médico ou Entidade que fez a primeira observação e diagnóstico do acidente, preencha o BOLETIM DE BAIXA (mod. 003252) a ser enviado com urgência à Companhia.

