



Apólice nº	033490518/8	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		Profissão		Telefone	

Acidente

Data e hora do acidente	10/6/05 20:06	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?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim		
E com o condutor do veículo	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Qual?	
Foi transferido para outro estabelecimento hospitalar?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Qual?	
Deslocou-se em ambulância	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Dos Bombeiros	<input type="checkbox"/> de
Está ou vai ser tratado em algum Centro Médico?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Qual?	
Ficou internado?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Ficou em regime de tratamento ambulatorio	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
O Sinistrado está total ou parcialmente impossibilitado de trabalhar?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim		

Ramo	Apólice	Data do Sinistro	Dia	Mês	Ano	N.º Sinistro	CD	NAT.	Loc. Sin.	Cause	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?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 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.

Grupo Caixa Geral de Depósitos

(utilizar em complemento dos quesitos impressos)

(utilizar em complemento dos quesitos impressos)

Local e Data

☐ Sinistrado

O Tomador do Seguro