

PRODUTO:

ENTIDADE:

N.º Apólice: _____ Singular
 Proc./Ocorrência: _____ Coletiva

CLIENTE/TOMADOR DO SEGURO

Nome: _____
 Morada: _____ Cód. Postal: _____
 N.º Contribuinte: _____ Data Nasc.: ____/____/____ Sexo: F M Telefone: _____
 Telemóvel: _____ Email: _____
 Profissão: _____

ACIDENTE

Data: ____/____/____ Hora: _____ Local: _____ Concelho: _____
 Se, se tratar de acidente de viagem indicar:
 N.º Apólice da viatura em que seguia: _____ Segurador: _____
 N.º Apólice da viatura causadora do acidente: _____ Segurador: _____

RECLAMANTE (PESSOA SEGURA)

Dados Pessoais (se diferente do Cliente)

Nome: _____
 Morada: _____ Cód. Postal: _____
 N.º Contribuinte: _____ Data Nasc.: ____/____/____ Sexo: F M Telefone: _____
 Telemóvel: _____ Email: _____
 Profissão: _____
 Danos sofridos: _____

Prestação de Assistência Médica

1.º tratamento Médico/Hospitalar: _____
 Morada: _____ Telefone: _____
 Foi internado? _____ Onde? _____

Médico Assistente

Nome: _____
 Morada: _____ Telefone: _____

TESTEMUNHAS

Nome: _____ Telefone: _____
 Email: _____
 Nome: _____ Telefone: _____

AUTORIDADE

Foi comunicada a ocorrência às autoridades? _____ PSP GNR PJ Posto/Brigada/Esquadra: _____
 Nº do processo ou Participação: _____

OBSERVAÇÕES

Atenção: Os honorários clínicos, despesas de farmácia e de tratamento são sempre pagos diretamente pelo sinistrado.

_____, ____/____/____

O Tomador do Seguro e/ou _____
 Pessoa Segurada _____

Documentação obrigatória:

- Comprovativo da titularidade do IBAN onde conste a identificação do titular (ex.: documento do homebanking, cópia de caderneta, cópia do cabeçalho do extrato).
 Não é aceite comprovativo retirado do multibanco onde não constem os elementos indicados.