

Seguro de Acidentes Pessoais e Doença

Participação de Sinistro

Apólice No.

PTBSL104943

Segurado:

Morada:

Telefone:

Data de Nascimento:

Morada Emprego:

Telefone Emprego:

Já tinha sofrido anteriormente do mesmo tipo de sintomas?

Sim

Não

Se "Sim" quando?

Data dos primeiros sintomas:

Descrição dos Sintomas:

Descrição da Ocorrência:

Data do Sinistro:

Testemunhas – Identidade e Endereço:

Data da primeira consulta médica:

Em Hospital ou Clínica?

Em Médico?

Identificação do Estabelecimento Hospitalar

Identificação e endereço do Médico

Telefone

Identificação e endereço do Médico Assistente/
de Família (se diferente do anterior)

Seguro de Acidentes Pessoais e Doença

Participação de Sinistro

Em caso de Hospitalização qual o período em que ficou no Hospital?

a

Profissão: Empresa: Tel:

Descrição das funções exercidas

Em virtude do Acidente/Doença ficou TOTALMENTE PARCIALMENTE
incapaz de exercer as suas funções profissionais.

Se respondeu "Parcialmente", quais as funções que continuou a executar?

Apólice e Seguradora em Acidentes de Trabalho

Identificação de outros Seguros que deem cobertura às mesmas Despesas

CC/Bilhete de Identidade:

Assinatura da Pessoa Segura

Data:

Com a assinatura deste documento declaro a veracidade de todas as informações prestadas aceitando que falsas declarações impliquem a anulação do processo sem qualquer tipo de Reembolso.

Carimbo do Clube/Associação

