



GENERALI

Companhia de Seguros

Formulário – Descrição de acidente

(A ser preenchido pela Pessoa Segura ou Representante Legal)

Dados da Pessoa Segura

| | |
|-----------------------|----------------|
| Nome: | N.º do Cartão: |
| N.º de Tel. Contacto: | E-mail: |

| | |
|-----------------------------------|----------|
| 1. DATA E HORA | 2. LOCAL |
| Data da Ocorrência: ___/___/_____ | Local: |

3. TIPO DE ACIDENTE:

| |
|-------------------------|
| 3.1 ACIDENTE DESPORTIVO |
| Modalidade: |

Tipo de Prática Desportiva:

| | | |
|---------------------------------------|--|--------------------------------|
| Profissional <input type="checkbox"/> | Participação em Competições Organizadas <input type="checkbox"/> | Lazer <input type="checkbox"/> |
|---------------------------------------|--|--------------------------------|

| | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| 3.2 ACIDENTE ESCOLAR | | |
| Nome da Companhia de Seguros: | Nº Apólice: | |
| Houve participação do acidente ao Seguro escolar? | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |

| | |
|-------------------------------|------------------------------|
| 3.3 ACIDENTE TRABALHO | |
| Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| Circunstâncias em que ocorreu | |

| | |
|--|-----------------|
| 3.4 ACIDENTE VIAÇÃO | |
| Companhias de Seguro envolvidas: | Nº de Apólices: |
| a) b) | a) b) |
| Motivo da deslocação: | |
| Documentação de envio obrigatório (caso se aplique): 1. Auto de ocorrência e 2. Indicação da Taxa de Alcoolemia (caso não venha indicada no auto de ocorrência); | |

| |
|---|
| 3.5 OUTRO ACIDENTE |
| Descrição pormenorizada do acidente e em caso de deslocação o motivo da mesma, nomeadamente local de onde vinha e local para onde se dirigia. |

| |
|--|
| 3.6 DOCUMENTAÇÃO DE ENVIO OBRIGATÓRIO (CASO SE APLIQUE): |
| 1. Declaração da Companhia de Seguros em como não comparticipa as despesas; 2. Nota de alta em caso de internamentos médicos ou cirúrgicos relacionados com o acidente. |

Assinatura do Doente ou seu Representante Legal: _____

Data: ___ / ___ / ___