



## 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:

<b>1. DATA E HORA</b>	<b>2. LOCAL</b>
Data da Ocorrência: ___/___/____	Local:

### 3. TIPO DE ACIDENTE:

<b>3.1 ACIDENTE DESPORTIVO</b>
Modalidade:

#### Tipo de Prática Desportiva:

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

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

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

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

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

<b>3.6 DOCUMENTAÇÃO DE ENVIO OBRIGATÓRIO (CASO SE APLIQUE):</b>
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: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_