

Formulário – Descrição de acidente

(A ser preenchido pelo Beneficiário ou Representante Legal)

Dados do Beneficiário

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 participa as despesas; 2. Nota de alta em caso de internamentos médicos ou cirúrgicos relacionados com o acidente; 3. Comprovativo de assistência em serviço de urgência, inequivocamente relacionado com o presente episódio.

Assinatura do Doente ou seu Representante Legal: _____**Data:** ____ / ____ / ____