Participação de Sinistros - Acidentes Pessoais

mds CONSULTORES DE SEGUROS E RISCO

Nº Sinistro:

Apólice: 14/62014

Tomador de seguro:

Nome: F|E|D|E|R|A|Ç|Ã|O| |D|E| |G|I|N|Á|S|T|I|C|A| |D|E| |P|O|R|T|U|G|A|L|

Telef. Fax:

Sinistrado:

Nome:

Morada:

Cod. Postal: - Localidade:

B.I. / Passaporte: NIF: Data Nasc. (Ano / Mês / Dia)

Telef. Sinistrado: Nº de Licença:

Nome do Clube: Telef. Clube:

Descrição do Acidente:

Data e Hora: (Ano / Mês / Dia / Hora) Local do Acidente:

Descrição detalhada da ocorrência:

Houve Testemunhas? ☐ Sim ☐ Não

Em caso afirmativo indique o (s) nome (s) e contacto (s) Telefónico (s):

Nome: Telef:

Nome: Telef:

Houve intervenção da Autoridade (Se sim, quais)?

Consequências:

Descrição pormenorizada das lesões e localização das áreas corporais afectadas:

Entidade que prestou os primeiros socorros:

Houve necessidade de recorrer ao Hospital?_____Em caso afirmativo, indique o nome:

RNA REDE NACIONAL DE ASSISTÊNCIA

AÇOREANA SEGUROS GRUPO BANIF

Participação de Sinistros - Acidentes Pessoais

mds CONSULTORES DE SEGUROS E RISCO

Outras Informações:

Data e Assinaturas:

Local e Data	O Sinistrado	O Tomador do Seguro

As partes Seguras declaram que permitem o tratamento de dados pessoais e outros, de acordo com o previsto na Lei n.º 67/98, de 26 de Outubro – Lei da Protecção de Dados.

RNA REDE NACIONAL DE ASSISTÊNCIA

AÇOREANA SEGUROS GRUPO BANIF