

### PARTICIPAÇÃO DE SINISTRO DE ACIDENTES PESSOAIS

A participação deve ser remetida urgentemente para:

Wise Broker Seguros

Rua Jorge Mendes 21, 3000 - 561 Coimbra

saramartins@wisebroker.pt • leonorleite@wisebroker.pt

CLIENTE:

APÓLICE: **6684887**

#### 1. TOMADOR DO SEGURO

Nome <b>FNA - Fraternidade de Nuno Álvares</b>			
Morada <b>Rua das Chagas, 8</b>		Localidade	
Cód. Postal <b>1200-107 Lisboa</b>	Pais <b>Portugal</b>	Telefone <b>213473911</b>	Telefax

#### 2. SINISTRADO

Nome Completo							
Título / R. Social	Sexo F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Profissão / Ramo atividade	Perf.	CAE	Nº Contribuinte	Nº BI / Cartão Cidadão	
Data de Nascimento		Nacionalidade	Cartade Condução N.º		Data de Emissão		
Morada				Localidade			
Cód. Postal		Pais	Telefone		Fax		
E-mail						Telemóvel	

#### 3. ACIDENTE

Data	Hora	Local:
Descrição		
Quem prestou a primeira assistência? (Posto / Hospital / Clínica / Médico)		
O acidente envolveu a utilização de qualquer veículo? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Matrícula:	Condutor:
Proprietário:	Apólice:	Seguradora:
Autoridade que tomou conta da ocorrência (remeter auto à seguradora):		De quem é a responsabilidade?

#### 4. OBSERVAÇÕES

--

BOLETIM DE EXAME MÉDICO E DE ALTA - A PREENCHER PELO MÉDICO ASSISTENTE

#### 5. DIAGNÓSTICO


#### 6. CONSULTAS E TRATAMENTOS

Data	Terapêutica	Rubrica

Assinatura