

### 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: 6723000

#### 1. TOMADOR DO SEGURO

Nome <b>CNE - Agrupamento</b>			
Morada		Localidade	
Cód. Postal	Pais	Telefone	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		Data de Emissão		
			N.º				
Morada				Localidade			
Cód. Postal	Pais		Telefone		Fax		
-							
E-mail						Telemóvel	

#### 3. ACIDENTE

Data	Hora	Local:
	h     m	
Descrição		
Quem prestou a primeira assistência? (Posto / Hospital / Clínica / Médico)		
O acidente envolveu a utilização de qualquer veículo?	Matrícula:	Condutor:
<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
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