

**Produto:****Entidade:**

DATA DE ENTRADA

N.º Apólice: _____

Singular ☐

Proc./Ocorrência: _____

Coletiva ☐**CLIENTE/TOMADOR DO SEGURO**

Nome: _____

Morada: _____ Cód. Postal: _____

N.º Contribuinte: _____ Data Nasc.: ____/____/____ Sexo: F ☐ M ☐ Telefone: _____

Telemóvel: _____ Email: _____

Profissão: _____

ACIDENTE

Data: ____/____/____ Hora: _____

Local: _____ Concelho: _____

Descrição (Pormenorizada circunstâncias, causas e consequências): _____

Se, se tratar de acidente de viação indicar:

N.º Apólice da viatura em que seguia: _____ Segurador: _____

N.º Apólice da viatura causadora do acidente: _____ Segurador: _____

RECLAMANTE (PESSOA SEGURA)**Dados Pessoais (se diferente do Cliente)**

Nome: _____

Morada: _____ Cód. Postal: _____

N.º Contribuinte: _____ Data Nasc.: ____/____/____ Sexo: F ☐ M ☐ Telefone: _____

Telemóvel: _____ Email: _____

Profissão: _____

Danos sofridos: _____

Prestação de Assistência Médica

1.º tratamento Médico/Hospitalar: _____

Morada: _____ Telefone: _____

Foi internado? _____ Onde? _____

Médico Assistente

Nome: _____

Morada: _____ Telefone: _____

TESTEMUNHAS

Nome: _____ Telefone: _____

Morada: _____ Cód. Postal: _____

Nome: _____ Telefone: _____

Morada: _____ Cód. Postal: _____

Nome: _____ Telefone: _____

Morada: _____ Cód. Postal: _____

AUTORIDADEFoi comunicada a ocorrência às autoridades? _____ PSP ☐ GNR ☐ PJ ☐ Posto/Brigada/Esquadra: _____

N.º Processo ou Participação: _____

OBSERVAÇÕES

Atenção: Os honorários clínicos, despesas de farmácia e de tratamento são sempre pagos diretamente pelo reclamante.

_____, ____/____/____

O Tomador do Seguro e/ou _____

A Pessoa Segura _____

ATESTADO DE EXAME MÉDICO

1. Nome do sinistrado: _____

Data do primeiro exame médico: _____ de _____ de _____ às _____ horas.

2. Quais as lesões sofridas? _____

3. As lesões de que sofre o sinistrado são unicamente as resultantes do acidente? _____

4. Tem ou teve o sinistrado qualquer doença anterior que possa agravar ou ser agravada por este acidente?
Qual? _____

5. INCAPACIDADE

Internado no Hospital de: _____

Com Incapacidade Temporária Absoluta? _____ desde _____ de _____ de _____

Com Incapacidade Temporária Parcial de? _____ % desde _____ de _____ de _____

Sem Incapacidade? _____ desde _____ de _____ de _____

Duração provável do tratamento: _____ dias

6. Foi ou será efetuada alguma intervenção cirúrgica? _____

7. Acidentes anteriores e desvalorizações: _____

8. Outros esclarecimentos: _____

_____, _____ de _____ de _____

(O Médico)

Nome Completo _____

Morada _____



TRANQUILIDADE

Seguradoras Unidas, S. A.
SEDE Av. da Liberdade, 242
1250-149 LISBOA

Capital Social 182 000 000 € (realizado 84 000 000 €)
N.º único de Matricula CRC Lisboa NIPC 500 940 231

☎ Linha Clientes:

707 240 707 / 211 520 310
Apoio Comercial 8h30/20h - dias úteis
Assistência 24h - 7 dias/semana
www.tranquilidade.pt clientes@tranquilidade.pt