

Allianz Acidentes Pessoais

 Participação de Sinistro Boletim de Baixa

Cliente	Apólice	Processo de sinistro	Produto
---------	---------	----------------------	---------

1. Tomador de Seguro

Nome	
Telefone	Fax
Seguro Protecção Infantil - Nome da criança a que se refere a participação	

2. Dados do Sinistrado

Cliente	Nome		
Morada			
Localidade	Código postal		
Telefone	Estado civil	Profissão	
Data nascimento	Contribuinte	Documento identificador	Número
É patrão? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Entidade patronal	Telefone	Fax

3. Descrição do Sinistro

Data	Hora	Local
Descrição da ocorrência:		
Houve intervenção das autoridades? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, qual (PSP/GNR/Bombeiros)?		
Nome testemunha 1		Houve testemunhas? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim
Nome testemunha 2		Telefone

4. Danos Corporais

Descrição das lesões sofridas e das partes do corpo atingidas:		
Entidade que prestou os primeiros socorros	Regime de tratamento: <input type="checkbox"/> Hospitalar <input type="checkbox"/> Ambulatório	Consequências do acidente: <input type="checkbox"/> Sem incapacidade <input type="checkbox"/> Com incapacidade <input type="checkbox"/> Morte
Médico assistente ou hospital	Data da primeira assistência	

5. Responsabilidades no Sinistro

Nome do responsável pelo sinistro			
Morada			
Localidade	Código postal	Telefone	Data nascimento

6. Terceiros Lesados

Nome			
Morada			
Localidade	Código postal	Telefone	Contribuinte
Profissão	Documento identificador	Número	Relação do lesado com o responsável pelo sinistro

Para reclamação dos danos sofridos (corporais ou materiais) o lesado deve preencher uma Reclamação de Sinistro.

7. Outras Informações

Existe outro seguro que garanta este sinistro? Não Sim Seguradora: _____

Apólice: _____ Ramo: _____

Teve algum sinistro deste ou de outro tipo anteriormente? Não Sim Data: _____

Causas: _____

Consequências: _____

8. Assinatura

Carimbo ou Selo Branco
(caso se trate de Pessoa Colectiva ou Orgão Estatal)

O Tomador do Seguro

Data: _____

Boletim de Baixa - A preencher pelo médico assistente, por favor indique o nome do tomador e do sinistrado nos campos 1 e 2.

A

Data 1ª assistência ao sinistrado: _____ Diagnóstico: _____

Tratamento recomendado (com receituário): _____

Foram feitas radiografias? Não Sim Foram feitos outros exames de diagnóstico? Não Sim, quais? _____

Resultados dos exames efectuados: _____

Assinalar com um "X" o local da lesão

Direita funcional

Mão direita

Mão esquerda

B

Doença ou defeito físico que possa ter contribuído para o acidente: _____

A descrição do acidente ajusta-se às lesões observadas? Sim Não, porque? _____

A cura das lesões poderá ser dificultada/prejudicada por anterior doença do sinistrado? Não Sim, de que forma? _____

Prevê-se para o sinistrado:

Ausência de incapacidade física para o trabalho (SI)

Incapacidade parcial para o trabalho (ITP) de: _____ % por: _____ dias

Incapacidade total para o trabalho (ITA) durante: _____ dias

Invalidez permanente de: _____ %

Exclusivamente no caso de Seguro Protecção Infantil

Necessidade de assistência de mãe, pai ou equiparado durante: _____ dias

(neste caso juntar documento comprovativo da ausência ao trabalho)

Nome completo do médico assistente: _____ Nº cédula profissional: _____

Data: _____ Assinatura: _____

Natureza das Incapacidades:

Incapacidade Temporária Absoluta (I.T.A.) - Enquanto o sinistrado **que exerça profissão determinada**, se encontre na completa impossibilidade física de atender ao seu trabalho, ainda que seja o de **instruir, dirigir ou vigiar** os seus subordinados; e para o sinistrado **que não exerça profissão determinada**, enquanto for obrigado a permanecer no seu domicílio sob tratamento médico.

Incapacidade Temporária Parcial (I.T.P.) - Enquanto o sinistrado que exerça profissão determinada, se encontre, apenas em parte, inibido de atender ao seu trabalho nas condições da alínea precedente; e, para o sinistrado **que não exerça profissão determinada**, enquanto esteja sob tratamento médico, mas não já obrigado a permanecer no seu domicílio.

Sem Incapacidade (S.I.) - Quando o sinistrado **que exerça ou não profissão determinada** apenas receba tratamento e as lesões provenientes do acidente em nada o impeçam de exercer as suas ocupações normais.