LUSITANIA SEGUROS

PARTICIPAÇÃO DE SINISTRO

- [X] ACIDENTES PESSOAIS
- [ ] OCUPANTES DE VIATURAS
- [ ] VIAGENS

A participação deve ser remetida à Companhia urgentemente

CLIENTE: **RAMO:** **APÓLICE:** 8 4 2 2 8 9 3

1. TOMADOR DO SEGURO

Nome Completo: SERVIÇOS DE ACÇÃO SOCIAL DA UNIVERSIDADE DO MINHO | E-mail: sas@sas.uminho.pt

Morada: UNIVERSIDADE DO MINHO, CAMPUS DE GUALTAR, 4710-059 BRAGA | NIF: 680047360

Local do sinistro | Telefone: 253601450

Freguesia | Concelho | País: PORTUGAL

2. SINISTRADO

Nome Completo

Título / R. Social | Sexo F ☐ M ☐ | Profissão / Atividade | Perf. | CAE | NIF | Nº B.I. / Cartão Cidadão

Data de Nascimento | Nacionalidade | Carta de Condução Nº | 1ª Data de Emissão

Morada | Localidade

Cód. Postal | País | Telefone

E-mail | Telemóvel

3. ACIDENTE

Data: | Hora: h m | Local:

Descrição:

Quem prestou a primeira assistência? (Posto / Hospital / Clínica / Médico)

O acidente envolveu a utilização de qualquer veículo? Sim ☐ Não ☐ | Matrícula: | Condutor:

Proprietário: | Apólice: | Seguradora:

Autoridade que tomou conta da ocorrência: (remeter auto à seguradora) | De quem é a responsabilidade?

4. OBSERVAÇÕES

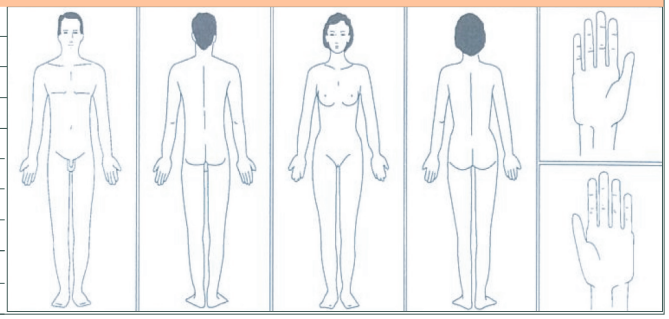
5. IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL PELA PARTICIPAÇÃO

Nome:

Data de preenchimento: | Assinatura:

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

6. DIAGNÓSTICO



7. CONSULTAS E TRATAMENTOS

Data	Terapêutica	Rubrica

LUSITANIA, COMPANHIA DE SEGUROS, S.A. Rua de S. Domingos à Lapa, 35 1249-130 Lisboa PORTUGAL T (+351) 210 407 510 / 220 407 510 (Dias úteis, das 08h30 às 19h30) F (+351) 213 973 090
E lusitania@lusitania.pt | Capital Social 12.500.000 Euros • P. Coletiva nº 501 689 168 • Matriculada na C.R.C. de Lisboa | www.lusitania.pt Grupo Montepio

8. INCAPACIDADE TEMPORÁRIA ABSOLUTA

Desde: Até:

9. INVALIDEZ PERMANENTE

% de desvalorização: (1) Data de alta:

10. INCAPACIDADE TEMPORÁRIA PARCIAL

% Desv.	Desde	Até	% Desv.	Desde	Até	% Desv.	Desde	Até

NATUREZA DAS INCAPACIDADES

Incapacidade Temporária Absoluta (ITA) - 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 (ITP) - 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 Incapacidades (SI) - Quando o sinistrado *que exerça* ou *não profissão determinada* apenas receba tratamento e as lesões provenientes do acidente em nada impeçam de exercer as suas ocupações normais.

(1) Aplicar a respetiva tabela constante da apólice.

11. DOENÇAS COEXISTENTES OU ANTERIORES E / OU EFEITOS FÍSICOS

Há relação entre as lesões e a descrição do acidente? Sim ☐ Não ☐ Há doença que possa influenciar a cura das lesões? Sim ☐ Não ☐

12. FACE À OBSERVAÇÃO

Pode regressar ao trabalho ☐ Recolhe ao domicílio ☐ Fica em tratamento ambulatório ☐

Fica hospitalizado em:

Terapêutica aconselhada:

13. MÉDICO

Nome Completo			Nº Cédula Profissional
Morada			Localidade
Cód. Postal		País	Telefone

Assinatura do Médico

_____, _____/_____/_____ _____