



DATA DE ENTRADA

Produto:

Entidade:

N.º Apólice: _____
Proc./Ocorrência: _____

Singular
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: _____

AUTORIDADE

Foi 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 Matrícula 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