

- ACIDENTES DE TRABALHO
- ACIDENTES PESSOAIS
- AUTOMÓVEL
- RESPONSABILIDADE CIVIL

CLIENTE:

PROCESSO: DATA DO ACIDENTE: RAMO: APÓLICE:

1. TOMADOR DO SEGURO OU ENTIDADE EMPREGADORA

Nome completo

2. IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRADO / LESADO

Nome completo <input type="text"/>			NIF <input type="text"/>	
Morada <input type="text"/>		Cód. Postal <input type="text"/>		Localidade <input type="text"/>
Sexo F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	N.º B. I. / Cartão Cidadão <input type="text"/>	Data de nascimento <input type="text"/>	Nacionalidade <input type="text"/>	

3. RESUMO DAS DESPESAS APRESENTADAS

Transportes Públicos Consultas Meios complementares de diagnóstico Fisioterapia (assinalar com X uma única opção)

Data início <input type="text"/>	Data fim <input type="text"/>	N.º de deslocações <input type="text"/>	Valor <input type="text"/>
Trajeto De: <input type="text"/>		A: <input type="text"/>	

Transporte Próprio Consultas Meios complementares de diagnóstico Fisioterapia (assinalar com X uma única opção)

Data início <input type="text"/>	Data fim <input type="text"/>	N.º de deslocações <input type="text"/>	Total de Km <input type="text"/>
Trajeto De: <input type="text"/>		A: <input type="text"/>	

Outras Despesas			
<input type="text"/>	Data <input type="text"/>	Valor <input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Data <input type="text"/>	Valor <input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Data <input type="text"/>	Valor <input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Data <input type="text"/>	Valor <input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	Data <input type="text"/>	Valor <input type="text"/>	<input type="text"/>

N.º de documentos anexados

4. PROCEDIMENTOS A OBSERVAR

Todas as despesas devem ser agrafadas a este impresso.
 As despesas de transporte deverão ser acompanhadas de comprovativos de presença.
 As despesas de Táxi e Ambulância só serão reembolsadas com justificativo médico.
 As despesas médicas ou medicamentosas deverão ser acompanhadas das respetivas prescrições.
 Os documentos a anexar devem ser originais e comprovativos de pagamento ou de presença.

5. REEMBOLSO DAS DESPESAS

Para maior comodidade e celeridade no recebimento do reembolso das despesas apresentadas, queira indicar-nos o seu IBAN para efeitos de créditos em conta.

IBAN	P T 5 0 <input type="text"/>
BIC SWIFT	<input type="text"/>

Data de entrega

Assinatura do Sinistrado / Lesado

(Assinaturas comprovadas por BI ou Cartão de Cidadão)