LUSITANIA

PARTICIPAÇÃO DE SINISTRO

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

A participação deve ser remetida à Companhia urgentemente

CLIENTE: **RAMO:** **APÓLICE:** 8 4 6 7 7 0 7

1. TOMADOR DO SEGURO

Nome Completo: Universidade Nova de Lisboa / Faculdade de Ciências e Tecnologia

E-mail:

Morada: Campus de Caparica, 2829-516 Caparica

NIF: 5 0 1 5 5 9 0 9 4

Local do sinistro:

Telefone: 2 1 2 9 4 8 0 0 0

Freguesia: Concelho: País:

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

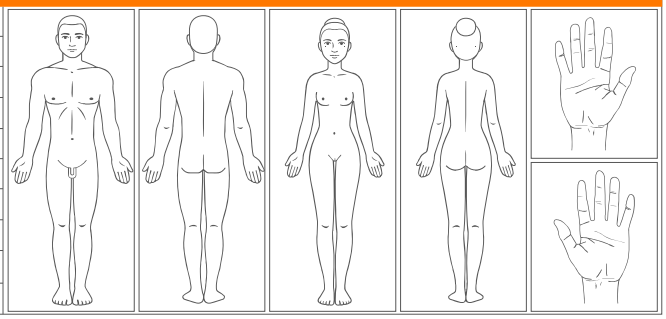
5. IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL PELA PARTICIPAÇÃO

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 • lusitania@lusitania.pt • lusitania.pt
Capital Social 12.500.000 Euros • NIPC 501 689 168 • Matriculada na C.R.C. de Lisboa • Grupo Montepio

Mod. 380 - 2022-05

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

_____, _____/_____/_____ _____