SEGMED seguros

Participação de Sinistro
Responsabilidade Civil

PREENCHER A CANETA PRETA

APÓLICE Nº | | | | | | | | | | | | |

USO DO SEGURADOR N.º SINISTRO | | | | | | | | | | | | |

☐ EXPLORAÇÃO ☐ PRODUTOS ☐ PROFISSIONAL ☐ FAMILIAR ☐ ANIMAIS DE COMPANHIA

NÃO ASSUMIR QUALQUER RESPONSABILIDADE PERANTE LESADOS SEM PRÉVIA AUTORIZAÇÃO DO SEGURADOR.
PREENCHER **INTEGRALMENTE.**
INDICAR **SEMPRE** A IDENTIFICAÇÃO DE **TESTEMUNHAS PRESENCIAIS** E/OU DE **AUTORIDADES** QUE HAJAM TOMADO CONTA DA OCORRÊNCIA.

1. SEGURADO

NOME _____

MORADA _____

LOCALIDADE _____ CÓDIGO POSTAL | | | | – | | | | _____

TELEFONE | | | | | | | | | TELEMÓVEL | | | | | | | | | E-MAIL _____

Nº DE CONTRIBUINTE | | | | | | | | | MEIO DE CONTACTO PREFERENCIAL _____

HORÁRIO PREFERENCIAL PARA CONTACTO DAS | | : | | ÀS | | : | |

2. CAUSADOR DO SINISTRO

NOME _____

MORADA _____

LOCALIDADE _____ CÓDIGO POSTAL | | | | – | | | | _____

TELEFONE | | | | | | | | | RELAÇÃO COM O SEGURADO (PARENTESCO, EMPREGADO, ETC.): _____

3. DANOS PROVOCADOS POR ANIMAIS

IDENTIFICAÇÃO DO ANIMAL _____ RAÇA _____ N.º DE IDENTIFICAÇÃO ELETRÓNICA | | | | | | | | | | | | | | |

É PROPRIETÁRIO? NÃO ☐ SIM ☐ ESTAVA À SUA GUARDA? NÃO ☐ SIM ☐

4. DADOS DO SINISTRO

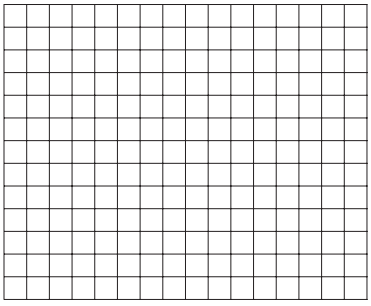
LOCAL _____

FREGUESIA _____ CONCELHO _____

DATA DO ACIDENTE | D | D | M | M | A | A | A | A | HORA DO ACIDENTE | | | : | | |

DESCRIÇÃO PORMENORIZADA DO ACIDENTE (SE NECESSÁRIO UTILIZAR O ESPAÇO EXISTENTE NO VERSO) _____

ESQUEMA DO ACIDENTE



5. CONSEQUÊNCIAS (NO CASO DE EXISTIR MAIS DE UM LESADO, PREENCHER ESTE QUADRO POR CADA UM)

TIPO DE DANO VERIFICADO ☐ CORPORAL ☐ MATERIAL ☐ CORPORAL E MATERIAL

DANO MATERIAL

LESADO [1]

NOME _____

MORADA _____

LOCALIDADE _____ CÓDIGO POSTAL |_|_|_|_| – |_|_|_| _____

TELEFONE |_|_|_|_|_|_|_|_|_| TELEMÓVEL |_|_|_|_|_|_|_|_|_| E-MAIL _____

Nº DE CONTRIBUINTE |_|_|_|_|_|_|_|_|_| MEIO DE CONTACTO PREFERENCIAL _____

RELAÇÃO COM O SEGURADO (PARENTESCO, EMPREGADO, ETC.): _____

HORÁRIO PREFERENCIAL PARA CONTACTO DAS |_|_| : |_|_| ÀS |_|_| : |_|_|

DESCRIÇÃO DOS BENS MATERIAIS DANIFICADOS

VALOR ESTIMADO DO DANO OU DA REPARAÇÃO DOS BENS DANIFICADOS |_|_|_|_|_|,|_|_| € ☐ PROVÁVEL? ☐ RECLAMADO? ☐ PROVADO? (JUNTE ORÇAMENTO, CASO EXISTA)

HÁ SALVADOS? NÃO ☐ SIM ☐

O LESADO DEVE PROVER A GUARDA DOS SALVADOS _____

SE O BEM DANIFICADO FOR UM VEÍCULO INDICAR:

MATRÍCULA _____ MARCA _____

MODELO _____ COR _____

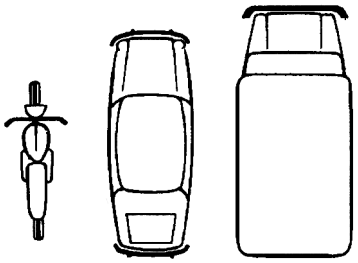
☐ LIGEIRO ☐ MOTOCICLO ☐ PESADO ☐ TAXI ☐ MÁQUINA ☐ ALUGUER ☐ PARTICULAR

PODE CIRCULAR? ☐ **SIM (PARA MARCAÇÃO DE PERITAGEM O LESADO DEVE CONSULTAR O SEGURADOR)**

☐ **NÃO INDIQUE O LOCAL ONDE SE ENCONTRA IMOBILIZADO E PESSOA A CONTACTAR PARA PERITAGEM:**

_____

ASSINALE ZONA ATINGIDA



_____ **INDIQUE O CONTACTO:** TELEFONE |_|_|_|_|_|_|_|_|_|

DANO CORPORAL

LESADO [1]

NOME _____

MORADA _____

LOCALIDADE _____ CÓDIGO POSTAL |_|_|_|_| – |_|_|_| _____

TELEFONE |_|_|_|_|_|_|_|_|_| TELEMÓVEL |_|_|_|_|_|_|_|_|_| E-MAIL _____

Nº DE CONTRIBUINTE |_|_|_|_|_|_|_|_|_| MEIO DE CONTACTO PREFERENCIAL _____

RELAÇÃO COM O SEGURADO (PARENTESCO, EMPREGADO, ETC.): _____

HORÁRIO PREFERENCIAL PARA CONTACTO DAS |_|_| : |_|_| ÀS |_|_| : |_|_|

PARTE DO CORPO ATINGIDA _____

☐ NÃO GRAVE ☐ GRAVE ☐ INCAPACIDADE ☐ MORTE

ASSISTÊNCIA MÉDICA? ☐ NÃO ☐ SIM, NO LOCAL POR _____

HOSPITAL / CENTRO CLÍNICO DE _____

INTERNAMENTO: ☐ NÃO ☐ SIM, ONDE: _____

ESTÁ ATUALMENTE A RECEBER TRATAMENTO? ☐ NÃO ☐ SIM, INDIQUE O LOCAL E JUNTE O RELATÓRIO MÉDICO DETALHADO DAS LESÕES SOFRIDAS _____

_____

[1] CASO EXISTA MAIS QUE UM TERCEIRO, POR FAVOR UTILIZE O CAMPO DE OBSERVAÇÕES PARA OS RESTANTES LESADOS.

6 . AVERIGUAÇÃO / PERITAGEM

CONTACTO PREFERENCIAL CASO O SEGURADOR PRETENDA MARCAR AVERIGUAÇÃO / PERITAGEM

NOME _____

TELEFONE |_|_|_|_|_|_|_|_|_| TELEMÓVEL |_|_|_|_|_|_|_|_|_| E-MAIL _____

MEIO DE CONTACTO PREFERENCIAL _____ HORÁRIO PREFERENCIAL PARA CONTACTO DAS |_|_| : |_|_| ÀS |_|_| : |_|_|

SEGMED® seguros

7 . OUTRAS INFORMAÇÕES

AUTORIDADE QUE TOMOU CONTA DA OCORRÊNCIA _____

TESTEMUNHAS PRESENCIAIS (INDICAR NOME, MORADA, TELEFONE, PARENTESCO OU RELAÇÃO COM O LESADO, AMIZADE, COLEGA, ETC.):

_____

_____

_____

_____

_____

_____

EXISTE OUTRO SEGURO SOBRE OS BENS AFETADOS? ☐ NÃO ☐ SIM

EM QUE SEGURADOR? _____ APÓLICE Nº |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

FOI EFETUADA PARTICIPAÇÃO? ☐ NÃO ☐ SIM

8 . OBSERVAÇÕES

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

9 . ENVIAR PARA

envie por e-mail para sinistros@giant.pt ou fax 219 188 750

_____ _____

LOCAL E DATA ASSINATURA

<u>Documentação obrigatória</u>:

- Comprovativo da titularidade do IBAN onde conste a identificação do titular (ex.: documento do homebanking, cópia de caderneta, cópia do cabeçalho do extrato).

  Não é aceite comprovativo retirado do multibanco onde não constem os elementos indicados.

SEGMED® seguros