

Formulário – Descrição de acidente
(A ser preenchido pela Pessoa Segura ou Representante Legal)**Dados da Pessoa Segura**

Nome:	N.º do Cartão:
N.º de Tel. Contacto:	E-mail:

1. DATA E HORA	2. LOCAL
Data da Ocorrência: ____/____/____	Local:

3. TIPO DE ACIDENTE:

3.1 ACIDENTE DESPORTIVO
Modalidade:

Tipo de Prática Desportiva:

Profissional ☐	Participação em Competições Organizadas ☐	Lazer ☐
--	---	---------------------------------------

3.2 ACIDENTE ESCOLAR	
Nome da Companhia de Seguros:	Nº Apólice:
Houve participação do acidente ao Seguro escolar? Sim ☐ Não ☐	

3.3 ACIDENTE TRABALHO	
Sim ☐ Não ☐	
Circunstâncias em que ocorreu	

3.4 ACIDENTE VIAÇÃO	
Companhias de Seguro envolvidas: a) b)	Nº de Apólices: a) b)
Motivo da deslocação:	
Documentação de envio obrigatório (caso se aplique): 1. Auto de ocorrência e 2. Indicação da Taxa de Alcoolemia (caso não venha indicada no auto de ocorrência);	

3.5 OUTRO ACIDENTE
Descrição pormenorizada do acidente e em caso de deslocação o motivo da mesma, nomeadamente local de onde vinha e local para onde se dirigia

3.6 DOCUMENTAÇÃO DE ENVIO OBRIGATÓRIO (CASO SE APLIQUE):
1. Declaração da Companhia de Seguros em como não compartilha as despesas; 2. Nota de alta em caso de internamentos médicos ou cirúrgicos relacionados com o acidente.

Assinatura do Doente ou seu Representante Legal: _____**Data:** ____ / ____ / ____

Para mais informações contactar o nº que consta no verso do seu cartão. Este documento deverá ser enviado por uma das seguintes vias:
E-mail: gestao.medica@advancecare.com / Fax: 21 322 80 03 / Morada (indicada no verso do seu cartão)