



**SEGURO DE ACIDENTES PESSOAIS E DOENÇA  
PARTICIPAÇÃO DE SINISTRO**

Apólice:- \_\_\_\_\_

**Elementos de Identificação**

Segurado:-

Morada:-

Telefone:-  Data de Nascimento:-

Morada Emprego:-

Telefone Emprego:-

**Elementos do Sinistro se DOENÇA**

Já tinha sofrido anteriormente do mesmo tipo de sintomas? Sim  Não

Se "Sim" quando?  Data dos primeiros Sintomas

Descrição dos Sintomas

**Elementos do Sinistro se ACIDENTE**

Descrição da ocorrência

Data do Sinistro  Local

Testemunhas  
Identidade e Endereço

