



**Liberty  
Seguros**

Av. Fontes Pereira de Melo, 6 – 11º 1069-001 Lisboa Fax: 213 553 300

Serviço atendimento telefónico:

808 243 000 / +351 213 124 300 (no estrangeiro)

Atendimento Personalizado das 9h às 17h, todos os dias úteis

Atendimento Permanente 24h por dia, 365 dias por ano

http://www.libertyseguros.pt

## Acidentes Pessoais Participação de Sinistro

No caso de se tratar de uma Apólice de ocupantes de viatura deverá preencher uma participação para cada sinistrado.

Esta participação deverá ser enviada imediatamente à Liberty Seguros completamente preenchida com letra legível

Apólice N.º

Processo N.º

**Tomador do Seguro**

Nome

E-mail  Telefone

Morada  Código Postal

**Sinistrado**

Nome

E-mail  Telefone

Morada  Código Postal

NIF  (Campo de preenchimento obrigatório)

NIB  (Deve anexar comprovativo do NIB)

Data de Nascimento  Profissão

**Acidente**

Data  Hora

Local onde ocorreu o acidente

Como ocorreu

Nome e morada das testemunhas que presenciaram o acidente:

Se o acidente foi de viação, indique nome e morada do proprietário do veículo causador do acidente:

Seguradora, matrícula e respectiva apólice:

Na sua opinião a quem coube a responsabilidade do acidente e porquê?

Se houve intervenção da autoridade, especifique:

Local onde foram prestados os primeiros socorros após o acidente:

**Médico Assistente**

Nome

Morada  Código Postal

**Outros Seguros**

Tem outros seguros com o mesmo âmbito? Sim  Não

Acidentes Pessoais ----- Companhia:  Apólice:

Acidentes de Trabalho ----- Companhia:  Apólice:

Outros seguros, quais?  Companhia:  Apólice:

Assinatura do Tomador do Seguro e/ou da Pessoa Segura

Do Beneficiário (a)

(a) Em caso de morte quando o Tomador do Seguro e a Pessoa Segura sejam a mesma pessoa.

N.B. Este documento deverá ser remetido directamente à Liberty nos oito dias subsequentes ao acidente.

## Acidentes Pessoais

### Boletim de Exame Médico

Tomador do Seguro

Apólice N.º

Processo N.º

Nome \_\_\_\_\_

Sinistrado

Nome \_\_\_\_\_

Idade

Estado Civil \_\_\_\_\_

Profissão \_\_\_\_\_

Médico Examinador

Nome \_\_\_\_\_

NIF

Morada \_\_\_\_\_

Código Postal

Acidente

Data do acidente

Hora

Exame Médico

Data do 1.º exame médico

Hora

Tem ou teve o examinado qualquer doença anterior que possa agravar ou ser agravada por este sinistro? Sim  Não

Em caso afirmativo, qual? \_\_\_\_\_

Quais as lesões sofridas? \_\_\_\_\_

As lesões apresentadas resultam do sinistro participado? Sim  Não

Qual o tratamento prescrito? \_\_\_\_\_

Foram ou serão efectuados quaisquer exames auxiliares de diagnóstico? Sim  Não

Em caso afirmativo, quais e respectivas datas? \_\_\_\_\_

Qual o resultado? \_\_\_\_\_

Esteve ou estará previsto qualquer internamento? Sim  Não

Desde quando? \_\_\_\_\_

Em caso afirmativo, qual o estabelecimento hospitalar? \_\_\_\_\_

Foi ou será efectuada qualquer intervenção cirúrgica? Sim  Não

Qual? \_\_\_\_\_

Incapacidades

Em tratamento ambulatorio sem incapacidade

Tempo provável de Incapacidade Temporária Absoluta:  dias

Tempo provável de Incapacidade Temporária Parcial:  dias

Percentagem:  %

Resultará qualquer Incapacidade Permanente?

Percentagem:  %

Assinatura do médico

## Acidentes Pessoais

### Boletim de Alta

Este boletim deve ser enviado imediatamente à Liberty Europeia completamente preenchido com letra legível

Apólice N.º

Processo N.º

Segurado

Nome do Sinistrado

Estado

Profissão

Em que data começou V. Exa. a prestar assistência ao Sinistrado?

Depois das lesões primitivas, surgiram quaisquer complicações?

Em caso afirmativo quais foram e que consequência tiveram?

O Sinistrado sofre de enfermidades susceptíveis de agravar as consequências ou de demorar a cura das lesões?

Por exemplo: reumatismo, varizes, sífilis, diabetes, epilepsia, etc.

Diagnóstico Definitivo

Do acidente resultou Incapacidade Temporária?

Tratamento ambulatorio	S/ incapacidade	<input type="text"/>	a	<input type="text"/>	—	<input type="text"/>	a	<input type="text"/>
	Incapacidade temporária absoluta	<input type="text"/>	a	<input type="text"/>	—	<input type="text"/>	a	<input type="text"/>
		<input type="text"/>	a	<input type="text"/>	—	<input type="text"/>	a	<input type="text"/>
	Incapacidade temporária parcial	<input type="text"/>	a	<input type="text"/>	de	<input type="text"/>	%	
		<input type="text"/>	a	<input type="text"/>	de	<input type="text"/>	%	
		<input type="text"/>	a	<input type="text"/>	de	<input type="text"/>	%	

Causa da cessação do tratamento

No caso de ter resultado Invalidez Permanente descrever minuciosamente em que consistiu, mencionando a percentagem da desvalorização correspondente.

O Médico Assistente

Residente em

Data

N.º Contribuinte

Parecer dos Serviços Clínicos da Liberty Seguros