

PARTICIPAÇÃO DE SINISTRO

Nº APOLICE	Nº DO PROCESSO	Nº DO CARTÃO
DATA DO SINISTRO <input style="width: 150px;" type="text"/> HORA <input style="width: 50px;" type="text"/> : <input style="width: 30px;" type="text"/>		
1 SEGURADO		
<input style="width: 150px;" type="text"/> Nº. CONTRIBUINTE <input style="width: 350px;" type="text"/> NOME <input style="width: 350px;" type="text"/> APELIDOS		
<input style="width: 100%;" type="text"/> MORADA		
<input style="width: 150px;" type="text"/> CÓDIGO POSTAL <input style="width: 350px;" type="text"/> LOCALIDADE <input style="width: 350px;" type="text"/> CONCELHO		
<input style="width: 150px;" type="text"/> TELEFONE <input style="width: 150px;" type="text"/> TELEMÓVEL <input style="width: 150px;" type="text"/> FAX <input style="width: 150px;" type="text"/> E-MAIL		
2 ANIMAL SEGURO		
<input style="width: 450px;" type="text"/> NOME DO ANIMAL SEGURO <input style="width: 200px;" type="text"/> Nº IDENTIFICAÇÃO ELECTRÓNICA (MICROCHIP) <input style="width: 100px;" type="text"/> Nº CARTÃO		
3 DESCRIÇÃO PORMENORIZADA DO SINISTRO		
<hr/>		
4 RESPONSABILIDADE CIVIL		
<input style="width: 100%;" type="text"/> NOME DO LESADO		
<input style="width: 100%;" type="text"/> LOCAL ONDE PODE SER CONTACTADO		
<input style="width: 150px;" type="text"/> TELEFONE <input style="width: 150px;" type="text"/> TELEMÓVEL <input type="checkbox"/> É EMPREGADO OU PARENTE DO SEGURADO <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM QUAL O GRAU DE PARENTESCO? <input style="width: 100px;" type="text"/>		
ONDE SE ENCONTRAM OS OBJECTOS DANIFICADOS? <input style="width: 800px;" type="text"/>		
NO CASO DE DANOS CORPORAIS FORAM PRESTADOS OS PRIMEIROS SOCORROS? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM ONDE? <input style="width: 100px;" type="text"/>		
O TERCEIRO ENCONTRA-SE HOSPITALIZADO? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM ONDE? <input style="width: 100px;" type="text"/>		
5 CIRURGIA POR ACIDENTE		
<input style="width: 100%;" type="text"/> LOCAL DO ACIDENTE		
O QUE FAZIA O ANIMAL NO MOMENTO DO ACIDENTE? <input style="width: 800px;" type="text"/>		
FERIMENTOS E LESÕES RESULTANTES <input style="width: 800px;" type="text"/>		
A QUE TIPO DE EXAMES / INTERVENÇÕES / TRATAMENTOS O ANIMAL FOI SUBMETIDO? <input style="width: 800px;" type="text"/>		
<input style="width: 100%;" type="text"/>		
<input style="width: 100%;" type="text"/>		
IMPORTANTE: JUNTAR DOCUMENTOS COMPROVATIVOS DAS DESPESAS REALIZADAS E RELATÓRIO MÉDICO VETERINÁRIO		

