

ACIDENTES PESSOAIS PARTICIPAÇÃO DE SINISTRO

APÓLICE Nº

PROCESSO Nº

1. IDENTIFICAÇÃO DO TOMADOR DO SEGURO

Contribuinte Nº

Nome

Apelidos

Morada

Código Postal

Localidade

Concelho

2. IDENTIFICAÇÃO DO ACIDENTADO

Contribuinte Nº

Nome

Apelidos

Morada

Código Postal

Localidade

Concelho

Telefone

Telemóvel

E-mail

Data de Nascimento

Estado Civil

 Solteiro(a)

Casado(a)

Divorciado(a)

Viúvo(a)

União de Facto

Profissão

3. DADOS DO ACIDENTE

Data do Acidente

Hora

Local do Acidente

Localidade

Descreva pormenorizadamente o acidente, mencionando designadamente os acontecimentos que lhe deram origem e também os acontecimentos que conduziram à lesão.

O acidente está relacionado com a sua atividade profissional? Não Sim

Participou o presente acidente a outra entidade seguradora? Não Sim Qual?

Ao abrigo de que tipo de seguro? Ac. Pessoais Ac. Trabalho Automóvel Apólice n.º

Houve culpa de terceiros Não Sim

Nome do responsável

Morada

Código Postal

Localidade

Alguma autoridade tomou conta da ocorrência? Não Sim Qual?

Testemunha do acidente:

Nome

Telefone/Telemóvel

Morada

Código Postal

Localidade

E-mail

CARIMBO DE ENTRADA NA MAPFRE



3333

4. CONSEQUÊNCIAS DO ACIDENTE

Quais as lesões sofridas em consequência do acidente?

Primeiros socorros (entidade que os prestou)

Ficou hospitalizado? Não Sim

Onde?

Período: Início

Termo

Está a ser assistido por alguma entidade clínica? Não Sim

Nome

Localidade

Telefone/Telemóvel

É portador de alguma lesão anterior ao acidente? Não Sim

Qual?

5. RESPONSABILIDADE CIVIL

Contribuinte N°

Nome do Lesado

Local onde pode ser contactado

Telefone

Telemóvel

E-mail

É empregado ou parente do segurado Não Sim

Qual o grau de parentesco?

Onde se encontram os objetos danificados?

No caso de danos corporais foram prestados os primeiros socorros? Não Sim

Onde?

O terceiro encontra-se hospitalizado? Não Sim

Onde?

6. OBSERVAÇÕES

Assinatura do Tomador do Seguro

Data

Assinatura do Acidentado

Data

Data da Aprovação

Visto

Técnico Comercial

Loja

ACIDENTES PESSOAIS PARTICIPAÇÃO DE SINISTRO

APÓLICE Nº PROCESSO Nº

1. IDENTIFICAÇÃO DO TOMADOR DO SEGURO

Contribuinte Nº Nome
 Apelidos
Morada
 Código Postal
Localidade Concelho

2. IDENTIFICAÇÃO DO ACIDENTADO

Contribuinte Nº Nome
 Apelidos
Morada
 Código Postal
Localidade Concelho
Telefone Telemóvel
E-mail
Data de Nascimento Estado Civil Solteiro(a) Casado(a) Divorciado(a) Viúvo(a) União de Facto
Profissão

3. DADOS DO ACIDENTE

Data do Acidente Hora :
Local do Acidente Localidade

Descreva pormenorizadamente o acidente, mencionando designadamente os acontecimentos que lhe deram origem e também os acontecimentos que conduziram à lesão.

BOLETIM DE EXAME MÉDICO

Data Hora : É médico habitual do acidentado? Não Sim
As lesões apresentadas são consequências deste acidente? Não Sim
Existe alguma patologia clínica que possa influenciar a cura das lesões? Não Sim Qual?
É portador de alguma incapacidade permanente? Não Sim %

4. SINTOMATOLOGIA

CARIMBO DE ENTRADA NA MAPFRE



3333

5. DIAGNÓSTICO

Cód. da lesão
(ver anexo)

_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|
_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|
_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|

Tratamento inicial

Internamento? Não Sim Cirurgia? Não Sim

Fisioterapia? Não Sim

Exames complementares? _____

6. SITUAÇÃO ACTUAL DO SINISTRADO

- Sem Incapacidade
 Com Incapacidade Temporária Parcial de _____ %
 Com Incapacidade Temporária Absoluta
 Hospitalizado em _____

De _____
De _____
De _____
De _____

Até _____
Até _____
Até _____
Até _____

Próxima consulta
_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|_____|

7. EVOLUÇÃO DAS LESÕES

Duração do tratamento _____ dias (previsão)
Poderá resultar Incapacidade Permanente? Não Sim _____ %
Necessita novos tratamentos? Não Sim
Quais? _____

Observações

ATENÇÃO - As despesas com o médico, farmácia, hospital e outras são pagas diretamente pelo sinistrado, a quem a MAPFRE indemnizará posteriormente de acordo com as coberturas contratadas e limites estabelecidos na apólice. Excetuam-se os casos cujo tratamento decorra nos serviços clínicos da Companhia.

Nome do Médico _____
Morada _____
Código Postal _____ Localidade _____
Data _____

ASSINATURA

TABELA DE CÓDIGOS DE LESÃO

ZONA DO CORPO ATINGIDA			CÓDIGO
NÃO ESPECIFICADA			000
C A B E Ç A		CRÂNIO	101
		A FACE	102
		OUVIDO	103
		OLHOS	104
		BOCA	105
		NARIZ	106
T R O N C O	COLUNA	CERVICAL	201
		DORSAL	202
		LOMBAR	203
		SAGRADA	204
	CAIXA TORÁXICA	GRELHA COSTAL E EXTERNO	205
		PULMÕES	206
		CORAÇÃO	207
		GRANDES VASOS	208
		MAMA	209
	ABDÓMEN	PAREDE ABDOMINAL	210
		FÍGADO	211
		BAÇO	212
		VÍSCERA OCA	213
	PÉLVIS	BACIA	214
		APARELHO GENITAL	215
		APARELHO URINÁRIO	216
M E M B R O S	SUPERIORES	OMBRO	301
		ANTEBRAÇO	302
		BRAÇO	303
		PUNHO	304
		MÃO	305
		DEDO	306
	INFERIORES	ANCA	307
		COXA	308
		JOELHO	309
		PERNA	310
		TORNOZELO	311
		PÉ	312
		DEDOS	313
MÚLTIPLAS PARTES ATINGIDAS			999

TIPO DE LESÃO		CÓDIGO
AMPUTAÇÃO		1
ALGIA (DOR)		2
ASFIXIA		3
CORPO ESTRANHO		4
CONTUSÃO		5
DISTENSÃO		6
ENTORSE		7
EFEITOS ELETRICIDADE / RADIAÇÃO		8
FERIDA SIMPLES		9
FERIDA COMPLICADA		10
FRATURA SIMPLES		11
FRATURA COMPLICADA		12
HÉRNIA		13
INFLAMAÇÃO		14
INFEÇÃO		15
LUXAÇÃO		16
QUEIMADURA 1º GRAU		17
QUEIMADURA 2º GRAU		18
QUEIMADURA 3º GRAU		19
TRAUMATISMO		20
LESÃO NERVOSA		21
LESÃO ARTERIA / VASCULAR		22
INTOXICAÇÃO / ENVENENAMENTO		23
MORTE		24
NÃO DEFINIDA		99

INCAPACIDADES

Tendo em atenção a profissão do sinistrado e o que as Condições Gerais da Apólice estipulam sobre incapacidades:

SEM INCAPACIDADES - Quando o sinistrado, que exerça ou não a profissão determinada, apenas receba tratamento e as lesões provenientes do acidente em nada o impeçam de exercer as suas ocupações normais.

INCAPACIDADE TEMPORÁRIA - Define-se como Incapacidade Temporária a impossibilidade física e temporária, suscetível de constatação médica, do sinistrado exercer sua atividade normal. Esta incapacidade considera-se dividida em dois graus:

1º grau - Incapacidade Temporária Absoluta - Enquanto o sinistrado, que exerça profissão remunerada, se encontrar na completa impossibilidade física, clinicamente comprovada, de exercer o seu trabalho, ainda que seja o de instruir, dirigir ou coordenar os seus subordinados, e, para o sinistrado que não exerça profissão remunerada, enquanto estiver hospitalizado ou for obrigado a permanecer acamado no seu domicílio sob tratamento médico.

2º grau - Incapacidade Temporária Parcial - Enquanto o sinistrado, que exerça profissão remunerada, se encontrar na apenas em parte inibido de realizar qualquer trabalho, nas condições da alínea precedente. Em relação ao sinistrado que não exerça profissão remunerada este tipo de incapacidade não se aplica.

ACIDENTES PESSOAIS PARTICIPAÇÃO DE SINISTRO

APÓLICE Nº

PROCESSO Nº

1. IDENTIFICAÇÃO DO TOMADOR DO SEGURO

Contribuinte Nº

Nome

Apelidos

Morada

Código Postal

Localidade

Concelho

2. IDENTIFICAÇÃO DO ACIDENTADO

Contribuinte Nº

Nome

Apelidos

Morada

Código Postal

Localidade

Concelho

Telefone

Telemóvel

E-mail

Data de Nascimento

Estado Civil

 Solteiro(a)

Casado(a)

Divorciado(a)

Viúvo(a)

União de Facto

Profissão

3. DADOS DO ACIDENTE

Data do Acidente

Hora

 :

Local do Acidente

Localidade

Descreva pormenorizadamente o acidente, mencionando designadamente os acontecimentos que lhe deram origem e também os acontecimentos que conduziram à lesão.

BOLETIM DE ALTA

Data

Hora

 :

É médico habitual do acidentado?

Não

Sim

É portador de alguma incapacidade permanente?

Não

Sim

%

4. DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

CARIMBO DE ENTRADA NA MAPFRE



3333

5. CAUSAS DA CESSAÇÃO DE TRATAMENTO

Abandono de tratamento a partir de:

Curado sem desvalorização a partir de:

Curado com desvalorização a partir de:

(Preenchimento obrigatório do quadro seguinte)

6. INCAPACIDADE PERMANENTE COM BASE NA TABELA DE ACIDENTES PESSOAIS (VER ANEXO)

CÓD. TABELA	DESCRIÇÃO	PERCENTAGEM
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> %
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> %
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> %
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> %
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> %
Coeficiente Global de Incapacidade		<input type="text"/> %

MOD. 15122016

— ATENÇÃO - As despesas com o médico, farmácia, hospital e outras são pagas diretamente pelo sinistrado, a quem a MAPFRE indemnizará posteriormente de acordo com as coberturas contratadas e limites estabelecidos na apólice. Exceção-se os casos cujo tratamento decorra nos serviços clínicos da Companhia.

Data

ASSINATURA

MAPFRE SEGUROS GERAIS, S.A. | MATRICULADA NA C.R.C. DE LISBOA SOB O N.º 2938 | N.I.P.C. 502 245 916 | CAPITAL SOCIAL: 33.108.580 EUROS | CÓDIGO ESTADÍSTICO 1145

TABELA DE DESVALORIZAÇÃO POR INVALIDEZ PERMANENTE

A - INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL

01 - Perda total dos dois olhos ou da visão dos dois olhos	100
02 - Perda completa do uso dos dois membros inferiores ou superiores	100
03 - Alienação mental incurável e total, resultante direta e exclusivamente de um acidente	100
04 - Perda completa das duas mãos ou dos dois pés	100
05 - Perda completa de um braço e de uma perna ou de uma mão e de uma perna	100
06 - Perda completa de um braço e de um pé ou de uma mão e de um pé	100
07 - Hemiplegia ou paraplegia completa	100

B - INVALIDEZ PARCIAL

CABEÇA

01 - Perda completa de um olho ou redução a metade da visão biocular	25
02 - Surdez total	60
03 - Surdez completa de um ouvido	15
04 - Síndrome pós-comocional dos traumatismos cranianos, sem sinal objetivo	5
05 - Epilepsia generalizada pós-traumática, uma ou duas crises convulsivas por mês, com tratamento	50
06 - Anosmia absoluta	4
07 - Fratura dos ossos próprios do nariz ou do septo nasal com mal estar respiratório	3
08 - Estenose nasal total, unilateral	4
09 - Fratura não consolidada do maxilar inferior	20
- Perda total ou quase total dos dentes:	
10 - Com possibilidade de prótese	10
11 - Sem possibilidade de prótese	35
12 - Ablação completa do maxilar inferior	70
- Perda de substância do crânio interessando as duas tábuas e com um diâmetro máximo:	
13 - Superior a 4 cm	35
14 - Superior a 2 e igual ou inferior a 4 cm	25
15 - De 2 cm	15

MEMBROS SUPERIORES E ESPÁDUAS

	Dir.º	Esq.º
16 - Fratura da clavícula com seqüela nítida	5	3
17 - Rigidez do ombro, pouco acentuada	5	3
18 - Rigidez do ombro, projeção para a frente e a abdução não atingindo 90%	15	11
19 - Perda completa do movimento do ombro	30	25
20 - Amputação do braço pelo terço superior ou perda completa do uso do braço	70	55
21 - Perda completa do uso da mão	60	55
22 - Fratura não consolidada de um braço	40	30
23 - Pseudoartrose dos dois ossos do antebraço	25	20
24 - Perda completa do uso do movimento do cotovelo	20	15
25 - Amputação do polegar perdendo o metacarpo	25	20
26 - Conservando o metacarpo	20	15
27 - Amputação do indicador	15	10
28 - Amputação do médio	8	6
29 - Amputação do anelar	8	6
30 - Amputação do mínimo	8	6
31 - Perda completa dos movimentos do punho	12	9
32 - Pseudoartrose de um só osso do antebraço	10	8
33 - Fratura do 1º Metacarpo com seqüelas que determinem incapacidade funcional	4	6
34 - Fratura do 5º Metacarpo com seqüelas que determinem incapacidade funcional	2	1

MEMBROS INFERIORES

35 - Desarticulação de um membro inferior pela articulação coxo-femoral ou perda completa do uso de um membro inferior	60
36 - Amputação da coxa pelo terço médio	50
37 - Perda completa do uso de uma perna abaixo da articulação do joelho	40
38 - Perda completa do pé	40
39 - Fratura não consolidada da coxa	45
40 - Fratura não consolidada de uma perna	40
41 - Amputação parcial do pé, compreendendo todos os dedos e uma parte do pé	25
42 - Perda completa do movimento da anca	35
43 - Perda completa do movimento do joelho	25
44 - Anquilose completa do tornozelo em posição favorável	12
45 - Seqüelas moderadas de fratura transversal da rótula	10
- Encurtamento de um membro inferior em:	
46 - 5 cm ou mais	10
47 - 3 a 5 cm	15
48 - 2 a 3 cm	10
49 - Amputação do dedo grande do pé com o seu metatarso	10
50 - Perda completa de qualquer dedo do pé, com exclusão do dedo grande	3

RAQUIS-TÓRAX

51 - Fratura da coluna vertebral cervical sem lesão medular	10
- Fratura da coluna vertebral, dorsal ou lombar	
52 - Compressão com rigidez raquidiana nítida, sem sinais neurológicos	10
53 - Cervalgias com rigidez raquidiana nítida	5
54 - Lombalgias com rigidez raquidiana nítida	5
55 - Paraplegia fruste, mancha possível, espasmocidade dominando a paralisia	20
56 - Algias radiculares com irradiação (forma ligeira)	2
57 - Fratura isolada do esterno com seqüelas pouco importantes	3
58 - Fratura uni-costal com seqüelas pouco importantes	1
59 - Fraturas múltiplas de costelas com seqüelas importantes	8
60 - Resíduos de um derrame traumático com sinais radiológicos	5

ABDÔMEN

61 - Ablação do baço, com seqüelas hematológicas, sem manifestação clínica	10
62 - Nefrectomia	20
63 - Cicatriz abdominal de intervenção cirúrgica com eventração de 10 cm, não operável	15

NOTA DE HONORÁRIOS

Consultas	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>	€	
Tratamento Ambulatório	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>	€	
Exames Auxiliares de Diagnóstico	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>	€	
Internamento	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>	€	Total <input type="text"/>
					<input type="text"/> €

ENTIDADE CLÍNICA

Nome

Morada

Código Postal Localidade

MOD. 15122016

MAPFRE SEGUROS GERAIS, S.A. | MATRICULADA NA C.R.C. DE LISBOA SOB O Nº 2938 | N.I.P.C. 502 245 916 | CAPITAL SOCIAL: 33.108.580 EUROS | CÓDIGO ESTADÍSTICO 1145