

ACIDENTES PESSOAIS

Desporto

**Participação de acidente**Apólice n.º --Processo n.º --

ESTA PARTICIPAÇÃO DEVERÁ SER ENVIADA À COMPANHIA DENTRO DO PRAZO MÁXIMO DE 8 DIAS APÓS O ACIDENTE, COM O BOLETIM DE EXAME MÉDICO COMPLETAMENTE PREENCHIDO E ASSINADO PELO MÉDICO ASSISTENTE.

TOMADOR DO SEGURO – SINISTRADO / LESADO – CLUBETomador do seguro _____

N.º Ident. Fiscal _____

Sinistrado / Lesado _____

Morada _____

Código Postal _____ – _____ Telefones _____

N.º Ident. Fiscal _____ B.I. n.º _____ Data de nascimento _____

Profissão _____ N.º do cartão de identificação de Atleta _____

Modalidade desportiva _____ Outra actividade _____

Clube _____

Morada _____

Código Postal _____ – _____ Telefones _____

FRANQUIA

Caso o contrato esteja sujeito a franquia na cobertura DESPESAS DE TRATAMENTO, indicar:

N.º do cheque _____ Valor _____ Banco _____

ACIDENTE

Data do acidente: _____, às _____ horas e _____ minutos

Local: Freguesia _____ Concelho _____

Descrição PORMENORIZADA do acidente: _____

Natureza da lesão: _____ Parte do corpo atingida: _____

Houve testemunhos presenciais? Sim Não Em caso afirmativo, indicar:

Nome	Morada	Telefone(s)

SITUAÇÃO CLÍNICA RESULTANTE

Tipo de socorro prestado imediatamente após o acidente: _____

Nome do médico que o prestou: _____

Houve recurso a Hospital / Entidade clínica? Sim Não Qual? _____Foi dada indicação desta apólice? Sim Não Houve internamento? Sim Não O sinistrado/lesado já se encontra curado? Sim Não **OUTRAS INFORMAÇÕES**O sinistrado / lesado está a coberto de outras apólices de Acidentes Pessoais? Sim Não Em caso afirmativo, indicar

Companhia, n.º apólice, riscos cobertos e respectivos valores seguros: _____

O TOMADOR DO SEGURO
(ou outra entidade, se assim convencionado)

_____, _____ de _____ de _____

(Assinatura)

