

--

TOMADOR DE SEGURO

Ocorrência |

Nome: CONFEDERAÇÃO DO DESPORTO DE PORTUGAL

Morada: Rua Eduardo Augusto Pedroso, nº 11 A Código Postal 1495-047 Algés

Federação a que pertence a Pessoa Segura:



ACIDENTE

Data ____ / ____ / ____ Hora ____ : ____

Local _____ Concelho _____

Descrição (Pormenorizada circunstâncias, causas e consequências) _____

RECLAMANTE (PESSOA SEGURA)

Dados Pessoais

Nome _____

Morada _____ Código Postal _____ - _____

Data Nasc. ____ / ____ / ____ Sexo: M ☐ F ☐ Tels.: Res./Principal _____ Telem./Contacto _____

Danos Sofridos

Prestação de Assistência Médica

1.º Tratamento Médico/Hospitalar _____

Morada _____ Telefone _____

Foi internado? _____ Onde? _____

Médico Assistente

Nome _____

Morada _____ Telefone _____

EM CASO DE ACIDENTE DE VIAÇÃO

Veículos Envolvidos

Matrícula da viatura em que seguiam: _____ Seguradora: _____ N.º Apólice | | | | | | | | | |

Matrícula da viatura causadora do acidente: _____ Seguradora: _____ N.º Apólice | | | | | | | | | |

Testemunhas

Nome _____

Morada _____ Código Postal _____ - _____

Nome _____

Morada _____ Código Postal _____ - _____

Autoridade

Foi comunicada a ocorrência às autoridades? PSP ☐ GNR ☐ Posto/Brigada/Esquadra _____ N.º Processo ou Participação _____

OBSERVAÇÕES

ASSINATURAS

_____, ____ / ____ / ____

Dirigente do Clube a que a Pessoa Segura pertence: _____

Pessoa Segura: _____



ATESTADO DE EXAME MÉDICO

1. Nome do sinistrado _____ _____	
Data do primeiro exame médico _____ de _____ de _____ às _____ horas.	
2. Quais as lesões sofridas ?	_____ _____ _____ _____ _____ _____
3. As lesões de que sofre o sinistrado são unicamente as resultantes do acidente ?	_____ _____ _____
4. Tem ou teve o sinistrado qualquer doença anterior que possa agravar ou ser agravada por este acidente ? Qual ?	_____ _____ _____
5. DA INCAPACIDADE Internado no Hospital de _____ Com Incapacidade Temporária Absoluta ? _____ Desde _____ de _____ de _____ Com Incapacidade Temporária Parcial de ? _____ % Desde _____ de _____ de _____ Sem Incapacidade ? _____ Desde _____ de _____ de _____ Duração provável do tratamento : _____ dias 6. Foi ou será efectuada qualquer intervenção cirúrgica ? _____ 7. Acidentes anteriores e desvalorizações _____ 8. Outros esclarecimentos : _____	
_____, _____ de _____ de _____ O Médico Nome completo _____ Morada _____ Assinatura _____	

