

ACIDENTES PESSOAIS

Desporto

**Participação de acidente**

Apólice n.º 0 0 2 3 - -

Processo n.º A P - -

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 seguroSinistrado / Lesado

Morada _____

Código Postal _____

N.º Ident. Fiscal _____

Profissão _____

Modalidade desportiva _____

Clube

Morada _____

Código Postal _____

B.I. n.º _____

N.º do cartão de identificação de Atleta _____

Outra actividade _____

Telefones _____

Data de nascimento _____

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

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

_____, _____ de _____ de _____

(Assinatura)

BOLETIM DE EXAME MÉDICO

1.ª observação: Data _____ Hora _____

Antecedentes: IP anterior _____ % Ano _____

As lesões de que o sinistrado é portador relacionam-se com o acidente? _____

E com a data indicada do acidente? _____

Diagnóstico (pormenorizado e legível) _____

Código ICD9

Especialidades requisitadas _____

Foi ou vai ser feito algum exame complementar de diagnóstico? Qual? _____

Situação clínica

O acidente dará lugar a: IPP provável? Sim Não _____ %

ITA _____ dias a partir de _____

ITP _____ % _____ dias a partir de _____

SI a partir de _____

IDENTIFICAÇÃO DA ENTIDADE RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO

Nome _____

Morada _____

Nome do Médico _____

O Médico _____