

--

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: Associação de Judo de Lisboa | N.º Apólice 0003056149

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 _____ Telm./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 _____	

