ageas seguros

acidentes pessoais
participação de acidente - desporto

Ramo	Comp.	Apólice N.º
0023		

Ramo	Ano	Processo
AP		

Esta participação deverá ser enviada ao Segurador 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 – CLUBE

Tomador do seguro

N.º de Ident. Fiscal

Sinistrado / Lesado

N.º de Ident. Fiscal

Data nasc. DD MM AAAA Nacionalidade Naturalidade

Morada

Localidade Cód. Postal –

Telemóvel Telefone Outro telefone

Documento de Identificação: B.I. Cartão de Cidadão Passaporte Outro

N.º Validade DD MM AAAA

Profissão N.º do cartão de identificação de Atleta

Modalidade desportiva Outra actividade

Clube

Morada

Localidade Cód. Postal –

Telemóvel Telefone Outro telefone

FRANQUIA

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

N.º do cheque _____ Valor _____ Banco _____

ACIDENTE / TESTEMUNHAS

Data DD MM AAAA Hora HH:MM

Local

Freguesia Concelho

Descrição pormenorizada da forma como ocorreu o acidente: _____

Natureza da lesão: _____ Parte do corpo atingida:

Existem testemunhas presenciais? Sim Não

Identifique-as:

Nome

Morada

Localidade Cód. Postal –

Telemóvel Telefone Outro telefone

ACIDENTE / TESTEMUNHAS - cont.

Nome

Morada

Localidade Cód. Postal –

Telemóvel Telefone Outro telefone

Nome

Morada

Localidade Cód. Postal –

Telemóvel Telefone Outro telefone

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 Segurador, n.º Apólice, riscos cobertos e respectivos valores seguros: _____

_____

ASSINATURA

O Tomador do seguro
(ou outra entidade, se assim convencionado)

_____ , ____ de _____ de _____ _____

BOLETIM DE EXAME MÉDICO

1.ª observação: Data D D M M A A A A Hora H H : M M

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? Sim Não __ Qual?

_____

_____

_____

Situação clínica

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

ITA _____ dias a partir de D D M M A A A A

ITP _____ % _____ dias a partir de D D M M A A A A

SI a partir de _____

IDENTIFICAÇÃO DA ENTIDADE RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO

Nome _____

Morada _____

Nome do Médico _____

N.º da Cédula Profissional _____

O Médico

_____

www.ageas.pt

Ageas Portugal - Companhia de Seguros, S.A., sede Praça Príncipe Perfeito 2, 1990-278 Lisboa. Matrícula / Pessoa Colectiva 503454109. CRC Porto. Capital Social 7.500.000 Euros. Registo ASF 1129, www.asf.com.pt