

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 – CLUBE**Tomador do seguro _____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)

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
