Participação de Sinistros Acidentes Pessoais - Desportistas

REAL VIDA SEGUROS, S.A.
Sede: Av. de França, 316 - 2º, Edifício Capitólio
4050-276 Porto
Tel.: 220 410 700
Fax: 220 410 706
www.realvidaseguros.pt

Apólice N.º _____

Processo N.º _____

Linha de Assistência 24h: 210 419 221

TOMADOR DO SEGURO

Nome _____ NIF |_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Morada _____ Localidade _____

CLUBE (Preencher apenas se distinto do Tomador do Seguro)

Nome _____ NIF |_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Morada _____ Localidade _____

ACIDENTE

Data |_|_| |_|_| |_|_|_|_| Hora |_|_| |_|_| Local do Acidente _____ Treino ou jogo? _____

Descrição _____

PESSOA SEGURA (Sinistrado)

Nome _____

Morada _____ Localidade _____

Código Postal |_|_|_|_|-|_|_|_| _____ Contacto _____ Escalão/Modalidade _____

Profissão _____ Data de nascimento |_|_|-|_|_|-|_|_|_|_| NIF |_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Lesões sofridas e partes do corpo atingidas _____

Teve algum sinistro deste ou de outro tipo anteriormente? _____ Lesão _____

Encarregado de Educação (caso a Pessoa Segura seja menor):

Morada _____ Localidade _____

NIF |_|_|_|_|_|_|_|_|_|

PRESTAÇÕES DE ASSISTÊNCIA MÉDICA

1º Tratamento Médico/Hospitalar _____

Ficou internado? Sim ☐ Não ☐ Onde? _____

Médico Assistente _____

Morada _____ Contacto _____

VEÍCULOS ENVOLVIDOS (Acidente de Viação)

Matrícula da viatura em que seguia _____ Apólice _____ Segurador _____

Outra Matrícula _____ Apólice _____ Segurador _____

Testemunhas

Nome _____

Morada _____ Contacto _____

Nome _____

Morada _____ Contacto _____

A ocorrência foi comunicada às autoridades? Sim ☐ Não ☐ Qual? _____ N.º Processo _____

OBSERVAÇÕES

Data |_|_| |_|_| |_|_|_|_|

(Assinatura da Pessoa Segura conforme B.I/CC)*

(Assinatura do Tomador do Seguro)**

(Assinatura do Representante do Clube)**

* Caso a Pessoa Segura seja menor, assinatura do Encarregado de Educação

**Aplicar respectivo carimbo

Mod. RVG000515/03-0717