PARTICIPAÇÃO DE SINISTRO ACIDENTES PESSOAIS



TOMADOR DE SEGURO		Ocorrência	
Nome: CONFEDERAÇÃO DO DESPORTO DE PORTUGAI	2	(A)	
Morada: Rua Eduardo Augusto Pedroso, nº 11 A Código Post			
Federação a que pertence a Pessoa Segura:	ai 1400-041 Aiges		
Section 1 per a country (CA). Section 1 country (CA) and CA) and CA) and CA) and CA) and CA) and CA) are country (CA) are country (CA) and CA) are country (CA) are country (CA) and CA) are country (CA) are countr			
ACIDENTE			
Data / / Hora			
Local		Concelho	
Descrição (Pormenorizada circunstâncias, causas e consequências) _			
-			
RECLAMANTE (PESSOA SEGURA)			
Dados Pessoais			
Nome			
Morada	1 1 1	9	
Data Nasc / / Sexo: M	F Tels.: Res./Principa	I	Telm / Contacto
Danos Sofridos			
8			
			8
Prestação de Assistência Médica			
1.º Tratamento Médico/Hospitalar			80.00
Morada			
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		No-continuo di ambienti di Alexandria.	
Morada		Código Postal	
Nome			
Morada		Código Postal	
Autoridade	wares I in section and the state of		
Foi comunicada a ocorrência às autoridades?	GNR Posto/Brigada/Es	quadra	N.º Processo ou Participação
OBSERVAÇÕES			
ASSINATURAS			
		7	1
9			- I
Dirigente do Clube a que a Pessoa Segura pertence:			
Pessoa Segura:			

ATESTADO DE EXAME MÉDICO

1.	1. Nome do sinistrado									
	Data do primeiro exame médico de	I	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?			de		de				
	Com Incapacidade Temporária Parcial de? %		Desde	de		de				
	em Incapacidade?		Desde	de		de				
	Duração provável do tratamento : dias									
6.	6. Foi ou será efectuada qualquer intervenção cirúrgica?									
	. Acidentes anteriores e desvalorizações									
	Outros esclarecimentos :									
	, de _			de						
O Médico										
Nome completo										
Morada										

Companhia de Seguros Tranquilidade, S.A. • Capital Social: €135.000.000 • Registo da C. R. C. de Lisboa n.º 640 • N.º de Contribuinte 500 940 231
Sede: Av. da Liberdade, 242 • 1250-149 LISBOA • www.tranquilidade.pt • infogeral@tranquilidade.pt • Linha de Apoio ao Cliente: 808 20 28 28 • Linha Sinistros Tranquilidade: 707 24 07 07