

DATA DE ENTRADA

Produto:

Entidade:

N.º Apólice: 0004475842 ACIDENTES PESSOAIS GRUPO Singular   
 Proc./Ocorrência: \_\_\_\_\_ Coletiva

**CLIENTE/TOMADOR DO SEGURO**

Nome: FEDERAÇÃO PORTUGUESA AIKIDO  
 Morada: R COIMBRA 59 3 D Cód. Postal: 2775-539  
 N.º Contribuinte: 502477350 Data Nasc.: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Sexo: F  M  Telefone: \_\_\_\_\_  
 Telemóvel: 939537635 Email: administrativo@fpaikido.pt  
 Profissão: \_\_\_\_\_

**ACIDENTE**

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_  
 Local: \_\_\_\_\_ Concelho: \_\_\_\_\_  
 Descrição (Pormenorizada circunstâncias, causas e consequências): \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Se, se tratar de acidente de viação indicar:

N.º Apólice da viatura em que seguia: \_\_\_\_\_ Segurador: \_\_\_\_\_  
 N.º Apólice da viatura causadora do acidente: \_\_\_\_\_ Segurador: \_\_\_\_\_

**RECLAMANTE (PESSOA SEGURA)**

**Dados Pessoais (se diferente do Cliente)**

Nome: \_\_\_\_\_  
 Morada: \_\_\_\_\_ Cód. Postal: \_\_\_\_\_  
 N.º Contribuinte: \_\_\_\_\_ Data Nasc.: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Sexo: F  M  Telefone: \_\_\_\_\_  
 Telemóvel: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_  
 Profissão: \_\_\_\_\_  
 Danos sofridos: \_\_\_\_\_

**Prestação de Assistência Médica**

1.º tratamento Médico/Hospitalar: \_\_\_\_\_  
 Morada: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_  
 Foi internado? \_\_\_\_\_ Onde? \_\_\_\_\_

**Médico Assistente**

Nome: \_\_\_\_\_  
 Morada: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

**TESTEMUNHAS**

Nome: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_  
 Morada: \_\_\_\_\_ Cód. Postal: \_\_\_\_\_  
 Nome: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_  
 Morada: \_\_\_\_\_ Cód. Postal: \_\_\_\_\_  
 Nome: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_  
 Morada: \_\_\_\_\_ Cód. Postal: \_\_\_\_\_

**AUTORIDADE**

Foi comunicada a ocorrência às autoridades? \_\_\_\_\_ PSP  GNR  PJ  Posto/Brigada/Esquadra: \_\_\_\_\_  
 N.º Processo ou Participação: \_\_\_\_\_

**OBSERVAÇÕES**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Atenção: Os honorários clínicos, despesas de farmácia e de tratamento são sempre pagos diretamente pelo reclamante.

\_\_\_\_\_, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

O Tomador do Seguro e/ou \_\_\_\_\_  
 A 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. 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 efetuada alguma intervenção cirúrgica? \_\_\_\_\_

7. Acidentes anteriores e desvalorizações: \_\_\_\_\_

8. Outros esclarecimentos: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

(O Médico)

Nome Completo \_\_\_\_\_

Morada \_\_\_\_\_

## PAGAMENTO DE INDEMNIZAÇÕES POR TRANSFERÊNCIA BANCÁRIA

Declaro que autorizo a Seguradoras Unidas, S.A. a transferir para a conta de que é titular e cujo IBAN a seguir indica os montantes de eventuais indemnizações que lhe sejam devidos:

Banco: \_\_\_\_\_ Balcão: \_\_\_\_\_

IBAN: \_\_\_\_\_

### Documentação obrigatória:

- Comprovativo da titularidade do IBAN onde conste a identificação do titular (ex.: documento do homebanking, cópia de caderneta, cópia do cabeçalho do extrato).

Não é aceite comprovativo retirado do multibanco onde não constem os elementos indicados.

**Seguradoras Unidas, S. A.**  
SEDE Av. da Liberdade, 242  
1250-149 LISBOA

Capital Social 182 000 000 € (realizado 84 000 000 €)  
N.º único de Matricula CRC Lisboa NIPC 500 940 231

**☎ Linha Clientes:**  
707 240 707 / 211 520 310  
Apoio Comercial 8h30/20h - dias úteis  
Assistência 24h - 7 dias/semana  
clientes@tranquilidade.pt  
clientes@acoreana.pt