

DATA DE ENTRADA

Produto:

Entidade:

N.º Apólice: 0008261019 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