

CARIMBO DE ENTRADA

**ACIDENTES PESSOAIS**

- |   |                                    |                                    |
|---|------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> INDIVIDUAL       | <input type="checkbox"/> VIAGENS   | <input type="checkbox"/> ESCOLAR   |
| <input checked="" type="checkbox"/> GRUPO | <input type="checkbox"/> BOMBEIROS | <input type="checkbox"/> OCUPANTES |
| <input type="checkbox"/> FAMILIAR         | <input type="checkbox"/> AUTARCAS  | <input type="checkbox"/> _____     |

**PARTICIPAÇÃO DE SINISTRO**

CLIENTE Nº	APÓLICE Nº	PROCESSO Nº
	2 3 1 2 0 1 6 6	

no caso de árbitros e árb. auxiliares nº 2 3 1 2 0 1 6 7

**1. TOMADOR DO SEGURO**

Nome **A S S O C I A Ç Ã O F U T E B O L V I S E U**

Domicílio **P A R Q U E D E S P O R T I V O D O F O N T E L O**

Localidade **V I S E U** Cód. Postal **3 5 0 0 - 1 4 3** **WISEU**

BI  N° Contrib./ N° Pessoa Colectiva **5 0 1 1 0 4 2 3 2** Telefone / Fax **2 3 2 4 2 5 5 8 6**

IBAN

**2. DESCRIÇÃO DO SINISTRO**

Data do Acidente  /  /  Hora a que se deu o acidente

Local do Acidente

Descrição

A autoridade foi chamada a intervir?  Não  Sim Indique qual?

Considera que tem responsabilidade pelo sucedido?  Não  Sim (Junte documento comprovativo)

Porquê?

**3. IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL / CAUSADOR**

Nome   /  /  Data de Nascimento

Domicílio

Localidade  Cód. Postal  -

Telefone / Fax  Tem alguma ligação familiar ou profissional com o lesado?  Não  Sim

Qual?

**4A. DANOS CORPORAIS**

Nome   /  /  Data de Nascimento

Domicílio

Localidade  Cód. Postal  -

Telefone / Fax  Quais as lesões sofridas?

Local onde foi ou está a ser tratado?

Indique o nome do médico assistente

Data da baixa médica  /  /

Consequência do acidente  Sem incapacidade  Com incapacidade  Morte Regime de tratamento  Internamento  Ambulatório

~~XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX~~ (não aplicável)

Nome  /  /   
Data de nascimento

Domicílio

Localidade  Cód. Postal

Telefone / Fax  Descreva os danos ocorridos bem como o seu valor estimado

Indique o local onde se encontram os objectos danificados e o telefone para contacto

5. NO CASO DE ACIDENTE DE VIAÇÃO PREENCHER ESTE QUADRO

Veículo onde era transportado o lesado

Nome do Condutor

Matrícula  -  -  Seguradora  Apólice

Quantos passageiros transportava?

Veículo Terceiro

Nome do Condutor

Matrícula  -  -  Seguradora  Apólice

Quantos passageiros transportava?

6. QUESTÕES DIVERSAS

Existe outro seguro que garanta este risco?  Não  Sim

Em que seguradora?  Indique o nº da apólice  e ramo

Teve algum sinistro semelhante a este ultimamente?  Não  Sim

Em que data?  /  /  Qual o motivo?

7. TESTEMUNHAS

Nome

Domicílio

Localidade  Cód. Postal

Telefone / Fax

Nome

Domicílio

Localidade  Cód. Postal

Telefone / Fax

8. OUTRAS DECLARAÇÕES

Visto por \_\_\_\_\_ Nº de Funcionário  /  /

9. ASSINATURA

Data  /  /  Assinatura / Carimbo do Tomador de Seguro  Assinatura da Pessoa Segura