



SEGURO DESPORTIVO DE ACIDENTES PESSOAIS
PARTICIPAÇÃO DE SINISTRO

Tomador: **Federação Portuguesa de Remo**

Apólice nº: **PA14AH0369**

Elementos de Identificação Pessoal

Pessoa Segura _____ Data de Nascimento ____/____/____

Morada _____ C.Postal _____

Profissão _____ Telefone _____ Telemóvel ou outro _____

Atleta menor de 14 anos Atleta maior de 14 anos Treinador, dirigente ou árbitro

Clube _____ N.º Atleta _____

Informação de Sinistro

Data do Sinistro ____/____/20____ Prova Treino Outro

Se respondeu "Outro", especifique _____

Local do Sinistro _____ Descrição do Sinistro _____

Parte do corpo atingida _____

Assistência Clínica

Primeira assistência em _____ Clínica Convencionada _____

Situação grave necessitando de Urgência Hospitalar Sim Não Hospital _____

Se respondeu "Sim", identifique qual a situação _____

Sofreu Intervenção Cirúrgica de Urgência Sim Não

Se respondeu "Sim", identifique qual o Estabelecimento e número de Processo Clínico _____

Assinatura do Atleta ou Representante
Data ____/____/20____

Certificação do Clube ou Entidade



SEGURO DE ACIDENTES PESSOAIS
PARTICIPAÇÃO DE SINISTRO

PA14AH0369

CONTINUAÇÃO

Informação Profissional da Pessoa Segura

Profissão _____ Empresa _____ Tel _____

Descrição das funções exercidas _____

Em virtude do Acidente ficou TOTALMENTE PARCIALMENTE incapaz de exercer as suas funções profissionais.

Se respondeu "Parcialmente", quais as funções que continuou a executar? _____

Outros Seguros

Apólice e Seguradora em Acidentes de Trabalho _____

Identificação de outros Seguros que dêem cobertura às mesmas Despesas _____

Autorização para a obtenção de Informações Clínicas

Com a assinatura do presente documento a Pessoa Segura/Representante Legal declara o seu consentimento incondicional para que a AIG EUROPE ou seus representantes devidamente credenciados, mantendo a confidencialidade exigível, recolham qualquer tipo de informação que entendam necessária para o enquadramento do sinistro no âmbito das Condições Gerais e Especiais da Apólice contratada.

Com a assinatura do presente documento a Pessoa Segura autoriza qualquer Clínico e/ou Estabelecimento Hospitalar a prestar quaisquer informações clínicas confidenciais relacionadas com a sua situação física ou mental, à AIG EUROPE ou seus representantes devidamente credenciados.

Bilhete de Identidade Nº: _____

Assinatura da Pessoa Segura

Com a assinatura deste documento declaro a veracidade de todas as informações prestadas aceitando que falsas declarações impliquem a anulação do processo sem qualquer tipo de Reembolso.

Contactos

Seguradora: AIG Europe Limited – Sucursal em Portugal

e-mail: sinistros.aigportugal@aig.com

Mediador: Villas Boas

e-mail: info@villasboas.pt