

## SEGURO DESPORTIVO DE ACIDENTES PESSOAIS PARTICIPAÇÃO DE SINISTRO

**Segurado:** Associação de Futebol do Porto

**Apólice:** PA11AH0218

### Elementos de Identificação Pessoal

Pessoa Segura \_\_\_\_\_ Data de Nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Morada \_\_\_\_\_ C.Postal \_\_\_\_\_  
 Profissão \_\_\_\_\_ Telefone \_\_\_\_\_ Telemóvel ou outro \_\_\_\_\_  
 Jogador menor de 14 anos  Jogador maior de 14 anos  Agente  Arbitro   
 Clube \_\_\_\_\_ N.º Atleta \_\_\_\_\_

### Informação de Sinistro

Data do Sinistro \_\_\_\_/\_\_\_\_/2011      Jogo       Treino       Outro   
 Se respondeu "Outro", especifica \_\_\_\_\_  
 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 \_\_\_\_/\_\_\_\_/2011

\_\_\_\_\_  
 Certificação do Clube ou Entidade

## SEGURO DE ACIDENTES PESSOAIS PARTICIPAÇÃO DE SINISTRO

### CONTINUAÇÃO

#### Informação Profissional da Pessoa Segura

Profissão \_\_\_\_\_ Empresa \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

Descrição das funções exercidas \_\_\_\_\_

Em virtude do Acidente/Doença 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 CHARTIS 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 CHARTIS EUROPE ou seus

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:

e-mail:

Mediador: 800 20 20 95 / 225 072 000

e-mail: [info@portoseguro.co.pt](mailto:info@portoseguro.co.pt)