



TRANQUILIDADE

**PARTICIPAÇÃO DE SINISTRO
ACIDENTES PESSOAIS**



DATA DE ENTRADA

PRODUTO _____ APÓLICE **0002286194** PROC./OCORRÊNCIA _____

ENTIDADE SINGULAR ENTIDADE COLECTIVA

CLIENTE/TOMADOR DE SEGURO _____

Nome **FPCUB - FEDERAÇÃO PORTUGUESA DE CICLOTURISMO E UTILIZADORES DA BICICLETA** Sigla _____
Morada **Rua Bernardo Lima, 35 - 2ºB** Cód. Postal **1150 - 075 LISBOA**
N.º Contribuinte _____ Data Nasc. ____/____/____ Sexo: F M Telef.: Res./Principal **213 159 648 / Fax: 213 561 253**
Telemóvel/Contacto _____

ACIDENTE _____

Data ____/____/____ Hora _____
Local _____ Concelho _____
Descrição (Pormenorizada circunstâncias, causas e consequências) _____

Se se tratar de acidente de viação indicar:

Numero de Apólice da viatura em que seguia _____ Seguradora _____
Numero de Apólice da viatura causadora do acidente _____ Seguradora _____

RECLAMANTE (PESSOA SEGURA) _____

Dados Pessoais (Se diferente do cliente)

Nome _____ **Nº Sócio FPCUB** _____
Morada _____ Cód. Postal ____ - ____
N.º Contribuinte _____ Data Nasc. ____/____/____ Sexo: F M Telef.: Res./Principal _____
Telemóvel/Contacto _____
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 _____

O Tomador de 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. DA 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 efectuada qualquer intervenção cirúrgica? _____	
7. Acidentes anteriores e desvalorizações _____	
8. Outros esclarecimentos : _____	
_____, _____ de _____ de _____	
O Médico	
Nome completo _____	
Morada _____	
Assinatura _____	

