



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
<input type="text"/>	2 3 1 1 6 3 9 7	<input type="text"/>

(Para Árbitros, Árbitros Assistentes e Observadores a Apólice tem o N.º 23 116396)

1. TOMADOR DO SEGURO

Nome	A S S O C I A Ç Ã O F U T E B O L A L G A R V E				
Domicílio	C o m p l e x o D e s p o r t i v o d a P e n h a				
Localidade	F A R O	Cód. Postal	8 0 0 0 - 7 8 8	F A R O	
BI	<input type="text"/>	Nº Contrib./ Nº Pessoa Colectiva	5 0 1 2 0 8 9 8 4	Telefone / Fax	2 8 9 8 8 7 4 9 0

2. DESCRIÇÃO DO SINISTRO

Data do Acidente	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	Hora a que se deu o acidente	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Local do Acidente	<input type="text"/>							
Descrição	<input type="text"/>							
<input type="text"/>								
<input type="text"/>								
A autoridade foi chamada a intervir?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Indique qual?	<input type="text"/>				
Considera que tem responsabilidade pelo sucedido?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	(Junte documento comprovativo)					
Porquê?	<input type="text"/>							
<input type="text"/>								
<input type="text"/>								

3. IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL/ CAUSADOR (Clube)

Nome Sinistrado	<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	Data de Nascimento	
Domicílio	<input type="text"/>							
Localidade	<input type="text"/>	Cód. Postal	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Telefone / Fax	<input type="text"/>	Tem alguma ligação familiar ou profissional com o lesado?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim				
Qual?	<input type="text"/>							

4A. DANOS CORPORAIS (Sinistrado)

Nome	<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	Data de Nascimento	
Domicílio	<input type="text"/>							
Localidade	<input type="text"/>	Cód. Postal	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Telefone / Fax	<input type="text"/>	Quais as lesões sofridas?	<input type="text"/>					
<input type="text"/>								
Local onde foi ou está a ser tratado?	<input type="text"/>							
Indique o nome do médico assistente	<input type="text"/>							
Data da baixa médica	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>			
Consequência do acidente	<input type="checkbox"/> Sem incapacidade	<input type="checkbox"/> Com incapacidade	<input type="checkbox"/> Morte	Regime de tratamento	<input type="checkbox"/> Internamento	<input type="checkbox"/> Ambulatório		

VS01 / 2013

CARAVELA - COMPANHIA DE SEGUROS, S.A.

Av. Casal Ribeiro nº 14 ☎ +351 217 958 690 🌐 www.caravelaseguros.pt
1000-092 Lisboa ☎ +351 213 245 079

4. DANOS MATERIAIS (SEGURO ESCOLAR)

Nome / / Data de nascimento

Domicílio

Localidade Cód. Postal

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

Indique a local onde se encontram os objetos danificados e o telefone para contato

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 _____ N.º Funcionário _____ / /

9. ASSINATURA

Data / / Assinatura / Carimbo do Tomador do Clube Assinatura da Pessoa Segura