



ANEXO D

SEGURO DESPORTIVO 2019 – APÓLICE ANUAL

- Apólice de acidentes pessoais com as seguintes coberturas:
 - Morte ou Invalidez Permanente por Acidente 27.079,00 €
 - Desp. Tratamento, Transp. Sanitário e Repatriamento por Acidente 4.988,00 €
 - Despesas de Funeral por Acidente 2.168,00 €
- Esta apólice tem uma franquia de 150,00 € (cento e cinquenta Euros),

PROCEDIMENTO PARA A PARTICIPAÇÃO DE ACIDENTES

- Ver Manual de Procedimentos para a Participação de Acidente.

EXCLUSÕES DA APÓLICE

- Fazem parte desta apólice, entre outras, as exclusões abaixo discriminadas:
 - Hérnias de qualquer natureza;
 - Implantação ou reparação de próteses ou ortóteses;
 - Ataque cardíaco, salvo se for causado por traumatismo físico externo;
 - Quaisquer outras doenças quando se prove por diagnóstico médico inequívoco e indiscutível que são consequência indirecta do acidente.

DATA DE ENTRADA

MODALIDADE/PRODUTO _____	APÓLICE N° _____	SISTEMA DE INFORMAÇÃO SÉRIE 1 0 0
--------------------------	------------------	--

TODA A DOCUMENTAÇÃO DEVERÁ SER ENVIADA PARA:
SINISTROS DE ACIDENTES PESSOAIS - RUA ALEXANDRE HERCULANO, 53 - 2.º PISO - 1269-152 LISBOA OU POR FAX 21 761 98 39

CÓDIGO MEDIADOR _____	BALCÃO _____
NOME MEDIADOR _____	

O COMPLETO PREENCHIMENTO DESTA PARTICIPAÇÃO E O ENVIO DA DOCUMENTAÇÃO RESPECTIVA FACILITARÁ A APRECIAÇÃO E TORNARÁ POSSÍVEL UMA RÁPIDA DECISÃO SOBRE A COMPARTICIPAÇÃO SOLICITADA.

1. TOMADOR DO SEGURO / SEGURADO

NOME _____

2. PESSOA SINISTRADA

NOME COMPLETO _____

MORADA _____

LOCALIDADE _____ CÓDIGO POSTAL _____ - _____

TELEFONE _____ TELEMÓVEL _____ FAX _____

BILHETE DE IDENTIDADE / CÉDULA PESSOAL _____ Nº DE CONTRIBUINTE _____

DATA DE NASCIMENTO [D][D][M][M][A][A][A][A]

IBAN _____ BIC _____

3. IDENTIFICAÇÃO / DESCRIÇÃO DO SINISTRO

DATA DO SINISTRO [D][D][M][M][A][A][A][A] HORA []:[] LOCAL DO SINISTRO _____

DANOS OCORRIDOS/SOFRIDOS _____

DESCRIÇÃO PORMENORIZADA DO SINISTRO (SE NECESSÁRIO UTILIZE A PÁG. 2) _____

O ACIDENTE RELACIONA-SE COM A SUA PROFISSÃO? SIM NÃO

O ACIDENTE ENCONTRA-SE COBERTO POR ALGUMA APÓLICE DE ACIDENTES DE TRABALHO? SIM NÃO EM QUE COMPANHIA _____

N.º DE APÓLICE E/OU NOME DA ENTIDADE PATRONAL _____

O SINISTRADO TEM OUTRO SEGURO DE ACIDENTES PESSOAIS COM COBERTURA DAS DESPESAS MÉDICAS? SIM NÃO EM QUE COMPANHIA _____

N.º DE APÓLICE? _____ QUAL O VALOR? _____

ACIDENTE DE VIAÇÃO SIM NÃO SE SIM INFORMAR MATRÍCULA DO VEÍCULO _____ - _____ - _____

NOME DOS PASSAGEIROS _____

IDENTIFICAÇÃO DAS TESTEMUNHAS (SE AS HOUVER) _____

AS AUTORIDADES TOMARAM NOTA DA OCORRÊNCIA SIM NÃO GNR PSP POSTO/BRIGADA/ESQUADRA _____

Nº DE AUTO DA NOTÍCIA _____ DATA [D][D][M][M][A][A][A][A]

S.F.F. VER PÁG. 2 QUAIS OS DOCUMENTOS A JUNTAR PARA INSTRUÇÃO DO PROCESSO

