



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
	2 3 1 1 8 3 0 7	

(Para Árbitros, Árbitros Assistentes e Observadores a Apólice tem o N.º 23 118306)

## 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		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	/ /	Hora a que se deu o acidente	:
Local do Acidente			
Descrição			
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?			

## 3. IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL/ CAUSADOR (Clube)

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

## 4A. DANOS CORPORAIS (Sinistrado)

Nome		/ /	Data de Nascimento			
Domicílio						
Localidade	Cód. Postal	-				
Telefone / Fax		Quais as lesões sofridas?				
Local onde foi ou está a ser tratado?						
Indique o nome do médico assistente						
Data da baixa médica	/ /					
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 VIAGEM 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