

DATA DE ENTRADA

Produto:

Entidade:

N.º Apólice: 0003353771 Acid. Pessoais Grupo

Singular

Proc./Ocorrência: _____

Coletiva

CLIENTE/TOMADOR DO SEGURO

Nome: FEDERAÇÃO PORTUGUESA DE AUTOMOBILISMO E KARTING

Morada: RUA FERNANDO NAMORA, 46 C/D Cód. Postal: 1600 - 454 LISBOA

N.º Contribuinte: 503256870 Data Nasc.: ___/___/___ Sexo: F M Telefone: 217112800

Telemóvel: _____ Email: seguros@fpak.pt

Profissão: _____

ACIDENTE

Data: ___/___/___ Hora: _____

Local: _____ Concelho: _____

Descrição (Pormenorizada circunstâncias, causas e consequências): _____

Se, se tratar de acidente de viação indicar:

N.º Apólice da viatura em que seguia: _____ Segurador: _____

N.º Apólice da viatura causadora do acidente: _____ Segurador: _____

RECLAMANTE (PESSOA SEGURA)

Dados Pessoais (se diferente do Cliente)

Nome: _____

Morada: _____ Cód. Postal: _____

N.º Contribuinte: _____ Data Nasc.: ___/___/___ Sexo: F M Telefone: _____

Telemóvel: _____ Email: _____

Profissão: _____

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

Atenção: Os honorários clínicos, despesas de farmácia e de tratamento são sempre pagos diretamente pelo reclamante.

_____, ___/___/___

O Tomador do 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. 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 efetuada alguma intervenção cirúrgica? _____

7. Acidentes anteriores e desvalorizações: _____

8. Outros esclarecimentos: _____

_____, _____ de _____ de _____

(O Médico)

Nome Completo _____

Morada _____

PAGAMENTO DE INDEMNIZAÇÕES POR TRANSFERÊNCIA BANCÁRIA

Declaro que autorizo a Seguradoras Unidas, S.A. a transferir para a conta de que é titular e cujo IBAN a seguir indica os montantes de eventuais indemnizações que lhe sejam devidos:

Banco: _____ Balcão: _____

IBAN: _____

Documentação obrigatória:

- Comprovativo da titularidade do IBAN onde conste a identificação do titular (ex.: documento do homebanking, cópia de caderneta, cópia do cabeçalho do extrato).

Não é aceite comprovativo retirado do multibanco onde não constem os elementos indicados.

Seguradoras Unidas, S. A.
SEDE Av. da Liberdade, 242
1250-149 LISBOA

Capital Social 182 000 000 € (realizado 84 000 000 €)
N.º único de Matricula CRC Lisboa NIPC 500 940 231

☎ Linha Clientes:
707 240 707 / 211 520 310
Apoio Comercial 8h30/20h - dias úteis
Assistência 24h - 7 dias/semana
clientes@tranquilidade.pt
clientes@acoreana.pt