



SEGURO DESPORTIVO DE ACIDENTES PESSOAIS

PARTICIPAÇÃO DE SINISTRO

Tomador: \_\_\_\_\_

Apólice nº: \_\_\_\_\_

Elementos de Identificação Pessoal

Pessoa Segura \_\_\_\_\_ Data de Nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Morada \_\_\_\_\_ C.Postal \_\_\_\_\_

Profissão \_\_\_\_\_ Telemóvel \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

Atleta menor de 14 anos  Atleta maior de 14 anos

Clube \_\_\_\_\_ N.º Atleta \_\_\_\_\_

Informação de Sinistro

Data do Sinistro \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_ Prova  Treino  Outro

Se respondeu "Outro", especifique \_\_\_\_\_

Local do Sinistro \_\_\_\_\_ Descrição do Sinistro \_\_\_\_\_

Parte do corpo atingida \_\_\_\_\_

Assistência Clínica

Primeira assistência em \_\_\_\_\_ Clínica Convencionada \_\_\_\_\_

Situação grave necessitando de Urgência Hospitalar Sim  Não  Hospital \_\_\_\_\_

Se respondeu "Sim", identifique qual a situação \_\_\_\_\_

Sofreu Intervenção Cirúrgica de Urgência Sim  Não

Se respondeu "Sim", identifique qual o Estabelecimento e número de Processo Clínico \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Atleta ou Representante

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_

Certificação do Clube ou Entidade



SEGURO DESPORTIVO DE ACIDENTES PESSOAIS  
PARTICIPAÇÃO DE SINISTRO  
CONTINUAÇÃO

Apólice:

Informação Profissional da Pessoa Segura

Profissão \_\_\_\_\_ Empresa \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

Descrição das funções exercidas \_\_\_\_\_

Em virtude do Acidente ficou TOTALMENTE  PARCIALMENTE  incapaz de exercer as suas funções profissionais.

Se respondeu "Parcialmente", quais as funções que continuou a executar? \_\_\_\_\_

Outros Seguros

Apólice e Seguradora em Acidentes de Trabalho \_\_\_\_\_

Identificação de outros Seguros que dêem cobertura às mesmas Despesas \_\_\_\_\_

Autorização para a obtenção de Informações Clínicas

Com a assinatura do presente documento a Pessoa Segura/Representante Legal declara o seu consentimento incondicional para que a AIG EUROPE LIMITED ou seus representantes devidamente credenciados, mantendo a confidencialidade exigível, recolham qualquer tipo de informação que entendam necessária para o enquadramento do sinistro no âmbito das Condições Gerais e Especiais da Apólice contratada.

Com a assinatura do presente documento a Pessoa Segura autoriza qualquer Clínico e/ou Estabelecimento Hospitalar a prestar quaisquer informações clínicas confidenciais relacionadas com a sua situação física ou mental, à AIG EUROPE LIMITED ou seus representantes devidamente credenciados.

Política de Privacidade

Política de Privacidade

Ao fornecer os seus Dados Pessoais à AIG em ligação com a sua participação concorda com a recolha e processamento (incluindo a utilização e divulgação a terceiros) dos seus Dados Pessoais conforme é indicado nesta Política de Privacidade disponível em [www.aig.com.pt/pt-politica-de-privacidade](http://www.aig.com.pt/pt-politica-de-privacidade) ou solicitando uma cópia a [privacidade.portugal@aig.com](mailto:privacidade.portugal@aig.com) ou directamente para a Sede Social da AIG. Em particular, está a concordar com a transferência de Dados Pessoais para fora da AEE, para países que incluem os EUA. Concorda que não irá fornecer Dados Pessoais sobre qualquer outro indivíduo sem a autorização dessa pessoa.

BI/Cartão de Cidadão Nº: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura da Pessoa Segura

Com a assinatura deste documento declaro a veracidade de todas as informações prestadas aceitando que falsas declarações

Contactos

SabClin, Lda

e-mail: [geral@sabclin.pt](mailto:geral@sabclin.pt)

Mediador: