

**SEGURO DESPORTIVO DE ACIDENTES PESSOAIS
PARTICIPAÇÃO DE SINISTRO**Segurado **ASSOCIAÇÃO DE FUTEBOL DA GUARDA**Apólice **207819057****Elementos de Identificação**

Pessoa Segura _____

Morada _____ Cod.Postal _____

Profissão _____ NIF _____ Telemóvel _____

IBAN _____ (juntar comprovativo da titularidade bancária)

Email _____ Data Nascimento ____/____/____

Elementos do SinistroData do Sinistro ____/____/____ em **Jogo** **Treino** **Outro**

Se "Jogo", anexar Ficha de Jogo e indicar Clube Adversário _____

Se "Treino", Testemunhas Nome _____ Contacto _____

Nome _____ Contacto _____

Se "Outro", especificar _____

Local do Sinistro _____ Descrição detalhada do Sinistro _____

Parte do corpo atingida _____

Assistência Clínica*** Preenchimento Obrigatório**Situação Grave necessitando de Urgência Hospitalar* Sim Não Ficou em situação de internamente Hospitalar Sim Não

Indicar nome do Hospital Publico _____ ou da Clínica da Rede* _____

*Em caso de ter necessitado de urgência hospitalar, anexar relatório do episódio de urgência.

Assinatura Sinistrado ou Representante

Data ____/____/____

Certificação do Clube ou Entidade

Data ____/____/____