



Tomador: **Federação Portuguesa de Badminton**

Apólice nº: **PA13AH0422**

Elementos de Identificação Pessoal

Pessoa Segura _____ Data de Nascimento ____/____/____

Morada _____ C.Postal _____

Profissão _____ Telefone _____ Telemóvel ou outro _____

Jogador menor de 14 anos Jogador maior de 14 anos Agente Arbitro

Clube _____ N.º Atleta _____

Informação de Sinistro

Data do Sinistro ____/____/20____ Jogo 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

Tomador: Federação Portuguesa de Badminton

Apólice nº: PA13AH0422

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 ou solicitando uma cópia a 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.

Assinatura da Pessoa Segura _____

BI/Cartão de Cidadão Nº: _____

Com a assinatura deste documento declaro a veracidade de todas as informações prestadas aceitando que falsas declarações impliquem a anulação do processo sem qualquer tipo de Reembolso.

Contactos

Seguradora:

e-mail:

Mediador:

e-mail: