Relatório Médico
Real Seguro Acidentes Pessoais Grupo - Seguro Desportivo

REAL VIDA SEGUROS, S.A.

Sede: Av. de França, 316 - 5º, Edifício Capitólio
4050-276 Porto

Tel.: 220 410 700 (custo de chamada para a rede fixa nacional)
www.realvidaseguros.pt

Apólice N.º ___ / _____

Processo Sinistro _____

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRADO

Nome Completo _____ NIF _____

Email _____ Telefone _____ Data de Nascimento _____

Clube _____ Escalão _____ Modalidade _____

INFORMAÇÃO CLÍNICA

Data do Acidente _____ Hora _____ Local _____

Data da Alta Médica _____

Detalhe da ocorrência _____

Descrição da lesão _____

As lesões apresentadas relacionam-se com o sinistro/ocorrência? _____

Diagnóstico _____

Tratamento proposto _____

RVG000539/01-0626

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRADO (Continuação)

Período estimado da incapacidade para a prática desportiva _____

_____

_____

Data prevista da recuperação |_|_|_|_| |_|_| |_|_|

OBSERVAÇÕES _____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Nome do Médico _____

Cédula Profissional _____

Vinheta

Data |_|_|_|_| |_|_| |_|_| _____

Assinatura do Médico

Protecção de Dados: Os dados pessoais recolhidos destinam-se exclusivamente à gestão do processo de sinistro e serão tratados nos termos da legislação aplicável em matéria de protecção de dados

RVG000539/01-0626