

VICTORIA AP GRUPO
Participação de Sinistro

	Ramo	Apólice
	APEMP	10691309
	Nº Sinistro	
Do Tomador	Nome: FEDERAÇÃO PORTUGUESA DE ATLETISMO	
	Morada: LG LAGOA 15/B Código Postal 2799 - 538 LINDA-A-VELHA	
	Telef. 214 146 020	
*Do Sinistrado	Nome: _____	Data Nascimento: ____/____/____
	Morada: _____	Localidade: _____
	Cod. Postal _____	
	*NºContribuinte Nib:	
Em caso de sinistro	UNIMED 707 200 545	
	Envio de participação VICTORIA Seguros S.A Av. Liberdade 200 - 1250 - 147 Lisboa Telf: 21 313 44 76 / Fax: 21 112 45 76	
*Do acidente	Data ____/____/____	Hora ____h ____m
	Local do acidente _____	
	Descrição do acidente: _____	
	Partes do corpo atingidas: _____	
	Tipo de lesões: _____	
De viação	O acidente está relacionado com a utilização de qualquer veículo ? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Matrícula: _____	
	As autoridades estiverem presentes (PSP/GNR) Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Posto/Brigada/Esquadra: _____	
	Nome do Condutor: _____	Nome do Proprietário: _____
	Morada: _____	Localidade: _____
	Nº de apólice automóvel: _____	Companhia: _____
	Responsabilidade presumida: _____	
	Há testemunhas do acidente?	Em caso afirmativo indique o seu nome e morada:
	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	_____
	Nome: _____	Morada: _____
	Nome: _____	Morada: _____
De trabalho	O acidente encontra-se a coberto por uma apólice de Acidentes de Trabalho? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
	Em caso afirmativo, indicar a Seguradora: _____	Apólice nº _____
	Entidade patronal: _____	
Da assistência médica	Quem prestou a primeira assistência?: _____	
	Morada do médico assistente: _____	Telef. _____
	Em caso de internamento hospitalar, indicar o nome e endereço do hospital/serviço: _____	
Declarações e assinaturas	Autorizo a VICTORIA a pedir a qualquer médico, hospital ou clínica todos os dados necessários sobre o meu estado de saúde e consequências do acidente, para o que os considero desobrigados do sigilo profissional. É do meu conhecimento que declarações falsas ou inexactas, mesmo quando o preenchimento deste impresso for por interposta pessoa, desobrigam a VICTORIA do pagamento de qualquer indemnização.	
	Ass. do Tomador	Ass. do Sinistrado
	_____ de _____ de _____	_____ de _____ de _____

* Campos de preenchimento obrigatório para abertura de sinistro

