

## Participação de Sinistro Acidentes Pessoais

Processo Sinistro nr. \_\_\_\_\_

Identificação do Tomador de Seguro

Ramo \_\_\_\_\_

Apólice \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

N.I.F. \_\_\_\_\_

Morada \_\_\_\_\_

Localidade \_\_\_\_\_

Cód. Postal \_\_\_\_\_

-

Telefone \_\_\_\_\_

Identificação do Sinistrado

Nome \_\_\_\_\_

Morada \_\_\_\_\_

Localidade \_\_\_\_\_

Cód. Postal \_\_\_\_\_

-

Telefone \_\_\_\_\_

Data de nascimento / / \_\_\_\_\_

N.I.B. \_\_\_\_\_

N.I.F. \_\_\_\_\_

(Necessário para a abertura do processo)

Linha Verde

O sinistro já foi participado através da Linha Verde?  Sim  Não

Em caso afirmativo, indique a data e a hora do seu contacto: / / \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ h \_\_\_\_\_

Dados do acidente

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

Hora \_\_\_\_\_

h \_\_\_\_\_

Local do acidente \_\_\_\_\_

Descrição do acidente  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Partes do corpo atingidas \_\_\_\_\_

Tipo de lesões \_\_\_\_\_

Autoridade que tomou conta da ocorrência \_\_\_\_\_

Em caso de acidente de viação

O acidente está relacionado com a utilização de qualquer veículo?  Sim  Não

Matrícula \_\_\_\_\_

Nome do Condutor \_\_\_\_\_

Nome do Proprietário \_\_\_\_\_

Morada \_\_\_\_\_

Localidade \_\_\_\_\_

Nº de apólice automóvel \_\_\_\_\_

Companhia \_\_\_\_\_

Responsabilidade presumida \_\_\_\_\_

Há testemunhas do acidente?  Sim  Não Em caso afirmativo indique nome e morada:

Nome \_\_\_\_\_

Morada \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Morada \_\_\_\_\_

WEBDOC PSAPE 09.07



20 00 07 00 00 02 29

Informação sobre apólice de Acidentes de Trabalho

O acidente encontra-se coberto por uma apólice de Acidentes de Trabalho?  Sim  Não

Em caso afirmativo, indicar a seguradora

Apólice nr.

Entidade patronal

Dados da assistência médica

Quem prestou a primeira assistência?

Morada do médico assistente

Telefone

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, pelo que os considero desobrigados do sigilo profissional.

É do meu conhecimento que as declarações falsas ou inexactas, mesmo quando o preenchimento deste impresso for por interposta pessoa, desobriguem a VICTORIA do pagamento de qualquer indemnização.

Feito em \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Assinatura do Tomador

Assinatura do Sinistrado