

**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? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
		Matrícula
Nome do Condutor		Nome do Proprietário
Morada		Localidade
Nº de apólice automóvel	Companhia	Responsabilidade presumida
Há testemunhas do acidente? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Em caso afirmativo indique nome e morada:		
Nome		
Morada		
Nome		
Morada		

20 00 07 00 00 02 29

WEBDOC PSAPE 09.07

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