

**Participação de Sinistro
Acidentes Pessoais Grupo**

Identificação do Tomador de Seguro		Ramo	Apólice
Nome			
Morada			
Localidade	Cód. Postal	-	Telefone

Identificação do Sinistrado			
Nome			
Nr. Aluno (quando aplicável)	Data de nascimento	/ /	Telefone
Morada			
Localidade	Cód. Postal	-	N.I.F.

Identificação do Encarregado de Educação			
Preencher caso o Sinistrado seja menor.			
Nome			
Data de nascimento	/ /	Telefone	N.I.F.
Morada			
Localidade	Cód. Postal	-	

Dados do acidente		
Data	/ /	Hora h
Local do acidente		
Descrição do acidente		
Partes do corpo atingidas		
Tipo de lesões		

Em caso de acidente de viação		
Autoridade que tomou conta da ocorrência		
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 00 45

Dados da assistência médica

Quem prestou a primeira assistência? _____ Data da 1ª assistência médica / / _____

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