

**Participação de Sinistro**

Apólice

**10 229 372**

Processo Sinistro

**RAMO – Acidentes Pessoais**

Do Tomador

Nome  
**FEDERAÇÃO PORTUGUESA DE ATLETISMO** Telef.

Do Sinistrado

Morada  
**LARGO DA LAGOA, 15B** Localidade  
**LINDA-A-VELHA** Cod. Postal  
**2795-116**

Nome Data Nascimento Contribuinte

Morada Localidade Cod. Postal

**Linha Verde****808 100 207**

Do acidente

Data / / Hora h m Local do acidente

Descrição do acidente

Partes do corpo atingidas Tipo de lesões

Autoridade que tomou conta da ocorrência

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? Em caso afirmativo indique o seu nome e morada

Nome Morada

Nome Morada

De trabalho

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

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. da Associação

Ass. do Sinistrado

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_