

**PARTICIPAÇÃO DE SINISTRO**  
**VICTORIA AP GRUPO**

**ÁREA RESERVADA**

Ramo	A P E M P	Apólice	1 0 2 2 9 3 7 2
Nº Sinistro			

**1. TOMADOR DO SEGURO**

Nome	F E D E R A Ç Ã O P O R T U G U E S A A T L E T I S M O
Morada	L G. L A G O A, Nº. 1 5 B
Cód. Postal	2 7 9 9 - 5 3 8 L I N D A - A - V E L H A
Tel./Tlm.	2 1 4 1 4 6 0 2 0

**2. DADOS DO SINISTRADO\***

Nome		
Morada		
Localidade		
Cód. Postal	-	
E-mail		
Data de Nascimento	/	Tel./Tlm.
NIB		N.I.F.*

**3. EM CASO DE SINISTRO**

**Linha de atendimento VICTORIA - Acidentes Pessoais**  
**21 313 44 05**

**Envio de participação:**  
VICTORIA Seguros, S.A.  
Av. Liberdade 200 - 1250 - 147  
Telf: 21 313 44 76 / Fax: 21 112 45 76

**4. DADOS DO ACIDENTE\***

Data	/	/	Local do acidente
Hora	H	M	
Descrição do acidente			
Partes do corpo atingidas		Tipo de lesões	
<b>ACIDENTE DE VIAÇÃO*</b>			
O acidente está relacionado com a utilização de qualquer veículo? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Matrícula			
As autoridades estiveram presentes (PSP/GNR)? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Posto/Brigada/Esquadra			
Nome do proprietário			
Nome do condutor			
Morada			
Localidade			

WEBDOC PS-AP GRUPO 01.13



Nº de apólice	Companhia	Responsabilidade Presumida
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Há testemunhas do acidente? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim		
Em caso afirmativo, indique o nome e a morada:		
Nome	<input type="text"/>	
Morada	<input type="text"/>	
Nome	<input type="text"/>	
Morada	<input type="text"/>	
<b>ACIDENTE DE TRABALHO*</b>		
O acidente encontra-se coberto por uma apólice de Acidentes de Trabalho? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim		
Em caso afirmativo, indique p.f. a Seguradora:	<input type="text"/>	Nº de apólice <input type="text"/>
Entidade Patronal	<input type="text"/>	

**5. ASSISTÊNCIA MÉDICA**

Quem prestou a primeira assistência?	<input type="text"/>
Morada do médico assistente	<input type="text"/>
Tel./Tlm.	<input type="text"/>
Em caso de internamento, indicar o nome e endereço do hospital/serviço:	
Nome	<input type="text"/>
Morada	<input type="text"/>

**6. DECLARAÇÕES E ASSINATURAS**

Autorizo a VICTORIA - Seguros, S.A. a pedir a qualquer médico, hospital ou clínica todos os dados necessários sobre o meu estado de saúde e consequências do acidente, para que os considero desobrigados do sigilo profissional. É do meu conhecimento que declarações falsas ou inexatas, mesmo quando o preenchimento deste impresso for por interposta pessoa, desobrigam a VICTORIA - Seguros, S.A. do pagamento de qualquer indemnização.

Local e Data \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do Tomador do Seguro)

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do Sinistrado)

WEBDOC PS-AP GRUPO 01.13