


# VICTORIA 3 + - Participação de Sinistro

Ramo Apólice

10795669

Processo Sinistro

Nº | | | | | | | | | |

Do Tomador	Nome		Telef.
	Morada	Localidade	Cod. Postal
Do Sinistrado	Nome		Data Nascimento
	Morada	Localidade	Cod. Postal
Da Linha Verde	O sinistro já foi participado através da Linha Verde ? Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Em caso afirmativo, indique a data e a hora do seu contacto: ___/___ às ___ h ___ m		
Do acidente	Data ___/___/___	Hora ___ h ___ m	Local do acidente
	Descrição do acidente		
De viação	Partes do corpo atingidas		Tipo de lesões
	Autoridade que tomou conta da ocorrência		
De trabalho	O acidente está relacionado com a utilização de qualquer veículo ? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		Matrícula
	Nome do Condutor		Nome do Proprietário
Da assistência médica	Morada		Localidade
	Nº de apólice automóvel	Companhia	Responsabilidade presumida
Declarções e assinaturas	Há testemunhas do acidente?		Em caso afirmativo indique o seu nome e morada
	Nome		Morada
De trabalho	Nome		Morada
	O acidente encontra-se a coberto por uma apólice de Acidentes de Trabalho? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
Da assistência médica	Em caso afirmativo, indicar a Seguradora		Apólice nº
	Entidade patronal		
Declarções e assinaturas	Quem prestou a primeira assistência?		
	Morada do médico assistente		Telef.
Declarções e assinaturas	Em caso de internamento hospitalar, indicar o nome e endereço do hospital/serviço		
	<p>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.</p>		
		Ass. do Tomador	Ass. do Sinistrado
			
		_____ de _____ de _____	_____