



# Guia de Participação de Sinistro Multirrisco



**FORTALEZA**  
SEGUROS

QUEM CONQUISTA, CUIDA

# Guia de Participação de Sinistro Multirrisco

## Saiba como cuidar como proceder em caso de sinistro

[www.fortalezaseguros.co.ao](http://www.fortalezaseguros.co.ao)

### O que fazer em caso de sinistro?

Em todos os casos:

- Confira os documentos necessários à participação de sinistro.
- Preencha o Formulário de Participação de Sinistro Multirriscos, com o máximo de detalhe e rigor possível.
- Caso o sinistro tenha acontecido depois do horário laboral ou durante fins-de-semana ou feriados, a comunicação deverá ser feita através da **Linha de Atendimento ao Cliente: +244 923 165 166 | +244 226 165 165**.

### Como participar um sinistro?

Qualquer sinistro Multirriscos deve ser participado com brevidade, num prazo máximo de 8 dias úteis a contar da data da sua ocorrência.

Deverá preencher o Formulário de Participação de Sinistro Multirriscos e entregar à FORTALEZA Seguros, juntamente com a restante documentação necessária e obrigatória, detalhada no ponto seguinte. Para saber qual o local de entrega desta documentação, queira por favor contactar a FORTALEZA Seguros, através dos contactos abaixo disponíveis.

### Qual a documentação necessária para a participação de sinistro?

Em caso de sinistro, é necessário apresentar a seguinte documentação:

- Formulário de Participação de Sinistro devidamente preenchido
- Relatório policial, auto de ocorrência ou número do processo policial (em caso de furto, roubo ou incêndio)
- Fotografia do imóvel sinistrado
- Orçamento discriminado da reparação do imóvel sinistrado
- Outros documentos obrigatórios, consoante a cobertura accionada

### Como contactar a FORTALEZA Seguros?

Para contactar a FORTALEZA Seguros utilize a

**Linha de Atendimento ao Cliente: +244 923 165 166 | +244 226 165 165,**

ou em alternativa, envie um e-mail para o nosso **Endereço Electrónico: [sinistros@fortalezaseguros.co.ao](mailto:sinistros@fortalezaseguros.co.ao)**

# Como preencher o Formulário de Participação de Sinistro Multirrisco?

Dados a ter em conta ao preencher o Formulário:

**Tomador do Seguro**  
Apelido, nome e morada

**Descrição do sinistro**  
Descreva em pormenor

**Formulário de Participação de Sinistro**

**Dados da Aplicação**

Aplicação nº: \_\_\_\_\_  
 Rubrica: **35**

**Tomador do Seguro**

Nome/ Designação Social: \_\_\_\_\_  
 Morada/ Sede Social: \_\_\_\_\_  
 Província: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_  
 R.U./ Passaporte: \_\_\_\_\_ NIF: \_\_\_\_\_  
 Telefone: \_\_\_\_\_ Telemóvel: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

**Causador do Acidente**

Nome Completo: \_\_\_\_\_  
 Morada/ Sede Social: \_\_\_\_\_  
 Província: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_  
 R.U./ Passaporte: \_\_\_\_\_ NIF: \_\_\_\_\_  
 Telefone: \_\_\_\_\_ Telemóvel: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_  
 Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo: Masc. Fem. \_\_\_\_\_  
 Nacionalidade: \_\_\_\_\_ Naturalidade: \_\_\_\_\_  
 Profissão: \_\_\_\_\_  
 Relação com o Segurado:  Próprio  Empregado  Familiar  Prestador  Cliente  Outro

**Dados da Acidente**

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ Local da Acidente: \_\_\_\_\_  
 Província: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_  
 Descrição sucinta do Sinistro: \_\_\_\_\_

**Documentos Obrigatórios**

**Testemunhas**

Nome: \_\_\_\_\_  
 Morada: \_\_\_\_\_  
 Província: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_  
 Telefone: \_\_\_\_\_ Telemóvel: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_  
 Relação com o Segurado:  Próprio  Empregado  Familiar  Prestador  Cliente  Outro

**Documentos Obrigatórios a anexar a esta Participação**

**Para Danos Materiais**  
 Edifícios e/ou Instalações: Outros bens:  
 Orçamento de Reparação discriminado  
 Compromisso do Valor dos Bens Afetados  
 Notas:  
 Livrete  
 Título de Registo de Propriedade  
 Documento de Reparação  
 Atestado  
 Documento de Identificação do Animal  
 Licença de Propriedade  
 Carta de Navegação  
 Em caso de Furto ou Roubo:  
 Auto levantado pelas autoridades  
 Fotografias

**Para Danos Corporais**  
 Relatório Médico Completo  
 Recetos originais (Hospital, Clínica, Farmácia...)

**Declaração - A completar pelo Reclamante (assinatura obrigatória)**

As informações prestadas estão correctas. Autorizo qualquer Empregado, Ex-empregado, Organismo oficial ou qualquer outra pessoa a prestar informações a Fortaleza Seguros.

\_\_\_\_\_  
 Data: \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_ Assinatura (Em caso de pessoa colectiva, rubrica)

**Testemunhas**

**Assinatura do Participante**

**Participante Avariado**

Nome/Estado: \_\_\_\_\_  
 Morada/ Sede Social: \_\_\_\_\_  
 Província: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_  
 Telefone: \_\_\_\_\_ Telemóvel: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

**Bens Seguros Afetados**

Descrição dos Bens Afetados e Valor de prejuizo estimado:

Bens	Valores

**Danos Materiais e Tercários**

Nome/Designação social: \_\_\_\_\_  
 Morada/ Sede Social: \_\_\_\_\_  
 Província: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_  
 Telefone: \_\_\_\_\_ Telemóvel: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_  
 Relação com o Segurado:  Próprio  Empregado  Familiar  Prestador  Cliente  Outro  
 Descrição dos Bens Afetados e Valor de prejuizo estimado:

Bens	Valores

**Danos Corporais e Tercários**

Nome/Designação social: \_\_\_\_\_  
 Morada/ Sede Social: \_\_\_\_\_  
 Província: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_  
 Telefone: \_\_\_\_\_ Telemóvel: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_  
 Relação com o Segurado:  Próprio  Empregado  Familiar  Prestador  Cliente  Outro  
 Natureza dos lesões: \_\_\_\_\_

**Testemunhas**

Nome: \_\_\_\_\_  
 Morada: \_\_\_\_\_  
 Província: \_\_\_\_\_ Município: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_  
 Telefone: \_\_\_\_\_ Telemóvel: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_  
 Relação com o Segurado:  Próprio  Empregado  Familiar  Prestador  Cliente  Outro

Fortaleza Seguros Companhia de Seguros S.A. | Pessa Colectiva N.º 480715 | Capital Social 1 521 473 000 000 Au | NIF 561747864  
 Cidade Financiera, Bloco 2 - 1.º andar | Avenida 150, Telereis - Município de Beja, LINDA

## ■ Não se esqueça:

- Forneça sempre número de telefone e e-mail de forma a agilizar o processo



# Formulário de Participação de Sinistro Multirrisco



**FORTALEZA**  
SEGUROS

QUEM CONQUISTA, CUIDA



**Seguro**  
**Multiriscos**

## Formulário de Participação de Sinistro

Apólice   
Produto

Data de Entrada  /  /

Rúbrica

### Atenção:

- Enquanto a sua participação está a ser apreciada, os seus compromissos de pagamento deverão ser mantidos
- O preenchimento completo desta participação e o envio dos documentos abaixo identificados são fundamentais para a rápida resolução deste processo
- A documentação deverá ser enviada para FORTALEZA Segura, Companhia de Seguros, S.A. - Sede: Edifício 1, Bloco 2, 5º piso, Cidade Financeira - Talatona, Município da Samba, Luanda

### Dados da Apólice

Apólice nº

Ramo

Habitação  Empresa  Comércio e Serviços  Indústria  Engenharia  Condomínio Seguro  Incêndio  Furto ou Roubo

### Tomador do Seguro

Nome/ Designação Social

Morada/ Sede Social

Província  Município  Bairro

B.I./ Passaporte  NIF

Telefone  Telemóvel  E-mail

### Causador do Acidente

Nome Completo:

Morada/ Sede Social

Província  Município  Bairro

B.I./ Passaporte  NIF

Telefone  Telemóvel  E-mail

Data de Nascimento:  /  /  Sexo: Masc.  Fem.

Nacionalidade:  Naturalidade:

Profissão:

Relação com o Segurado  Próprio  Empregado  Familiar  Prestador  Cliente  Outro

### Detalhes do Acidente

Data  -  -  Hora  Local do Acidente:

Província  Município  Bairro

Descrição sucinta do Sinistro

Foi levantado Auto pelas autoridades? Sim  Não

Polícia  Bombeiros  Outro

Esquadra  Posto  Número do Processo

Nome do Responsável pelo Processo

O acidente ocorreu durante a sua actividade profissional/missão de serviço Sim  Não

O acidente foi de viação Sim  Não

Matrícula:  Seguradora:  N° Apólice:

Quem prestou a primeira assistência:

Nome/Entidade   
Morada/ Sede Social   
Província  Município  Bairro   
Telefone  Telemóvel  E-mail

#### Peritagem/ Averiguação

Para efeito de contacto para peritagem/averiguação, indique:

Nome/ Designação Social   
Morada/ Sede Social   
Província  Município  Bairro   
Telefone  Telemóvel  E-mail

#### Bens Seguros Afectados

Descrição dos Bens afectados e Valor do prejuízo estimado:

Bens	Valores
<input type="text"/>	<input type="text"/>

#### Danos Materiais a Terceiros

Nome/Designação social   
Morada/ Sede Social   
Província  Município  Bairro   
Telefone  Telemóvel  E-mail   
Relação com o Segurado  Próprio  Empregado  Familiar  Prestador  Cliente  Outro

Descrição dos Bens afectados e Valor do prejuízo estimado:

Bens	Valores
<input type="text"/>	<input type="text"/>

#### Danos Corporais a Terceiros

Nome/Designação social   
Morada/ Sede Social   
Província  Município  Bairro   
Telefone  Telemóvel  E-mail   
Relação com o Segurado  Próprio  Empregado  Familiar  Prestador  Cliente  Outro  
Natureza das lesões

#### Testemunhas

Nome   
Morada   
Província  Município  Bairro   
Telefone  Telemóvel  E-mail   
Relação com o Segurado  Próprio  Empregado  Familiar  Prestador  Cliente  Outro

### Testemunhas

Nome   
Morada   
Província  Município  Bairro   
Telefone  Telemóvel  E-mail   
Relação com o Segurado  Próprio  Empregado  Familiar  Prestador  Cliente  Outro

### Testemunhas

Nome   
Morada   
Província  Município  Bairro   
Telefone  Telemóvel  E-mail   
Relação com o Segurado  Próprio  Empregado  Familiar  Prestador  Cliente  Outro

### Testemunhas

Nome   
Morada   
Província  Município  Bairro   
Telefone  Telemóvel  E-mail   
Relação com o Segurado  Próprio  Empregado  Familiar  Prestador  Cliente  Outro

### Documentos Obrigatórios a anexar a esta Participação

#### Para Danos Materiais

Edifício e / ou Recheio, Outros bens:  
Orçamento de Reparação discriminado  
Comprovativo do Valor dos Bens Afectados

#### Veículos:

Livrete  
Título de Registo de Propriedade  
Orçamento de Reparação

#### Animais:

Documento de Identificação do Animal  
Licença de Propriedade  
Cartão de Vacinas

#### Em caso de Furto ou Roubo:

Auto levantado pelas autoridades  
Fotografias

#### Para Danos Corporais

Relatório Médico Completo  
Recibos originais (Hospital, Clínica, Farmácia...)

### Declaração - A completar pelo Reclamante (assinatura obrigatória)

As informações prestadas estão correctas. Autorizo qualquer Empregado, Ex-empregador, Organismo oficial ou qualquer outra pessoa a prestar informações à Fortaleza Seguros.

Data  
 de  de

Assinatura (Em caso de pessoa colectiva, carimbar)





FORTALEZA Seguros

Telefone: **+244 923 165 166** | **+244 226 165 165**

E-mail: **info@fortalezaseguros.ao**

**www.fortalezaseguros.ao**

Cidade Financeira  
Bloco 2 - 5º andar  
Fracções 501 e 502  
Talatona - Município de Belas  
LUANDA