



**Seguro
Acidentes
Pessoais**

Formulário de Participação de Sinistro - Acidentes Pessoais

Apólice
 Nº de Identificação do processo (Companhia)
 Modalidade:

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 de Belas, Luanda

Tomador do Seguro

Nome/ Designação Social
 Morada/ Sede Social
 Província Município Bairro
 B.I./ Passaporte NIF
 Telefone Telemóvel E-mail

Pessoa Sinistrada

Nome Completo
 B.I./ Passaporte NIF
 Data de Nascimento - - Sexo M F
 Morada
 Província Município Bairro
 Telefone Telemóvel E-mail
 Nacionalidade Naturalidade Profissão
 Relação com o Segurado Próprio Empregado Familiar Prestador Cliente Outro

Detalhes do Acidente

Data - - Hora Local
 Rua
 Província Município Bairro
 O acidente ocorreu durante a sua actividade profissional/ missão de serviço Sim Não
 O Acidente foi de viação Sim Não
 Matrícula Seguradora Nº Apólice
 Quem prestou a primeira assistência?
 Nome/ Designação Social
 Morada
 Província Município Bairro
 Telefone Telemóvel E-mail
 Descrição sucinta do Sinistro

Identificação do Terceiro (caso exista)

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

Morte

Certidão de Óbito

Certidão de Habilitação de Herdeiros, caso hajam beneficiários

Certidão de Cópia Integral, caso os beneficiários sejam menores

Auto levantado pelas autoridades

Invalidez Permanente

Relatório Médico completo

Auto levantado pela pelas autoridades, sempre que o sinistro decorra de acto-crime ou acidente de viação

Incapacidade Permanente Parcial

Relatório Médico completo

Auto levantado pela pelas autoridades, sempre que o sinistro decorra de acto-crime ou acidente de viação

Despesas de Tratamento

Informação Clínica

Prescrição Clínica (Receita)

Recibos Originais (Hospital, Clínica, Farmácia...)

Subsídio por tratamento hospitalar

Declaração do Hospital

Factura/Recibo Original

Subsídio por Incapacidade Temporária

Relatório Médico completo

Recibo de salário para Trabalhadores por Conta de Outrem ou Comprovativo de Rendimentos de Trabalho para Trabalhadores por Conta Própria

Despesas de Funeral

Recibos originais das despesas de funeral

Viagem

No desaparecimento de bagagem, na Transportadora ou em Hotéis:

Bagagem

Cópia da participação às autoridades.

No desaparecimento de bagagem na transportadora ou em hotéis:

Cópia do formulário participando a ocorrência à transportadora e/ou ao hotel e declaração dos valores indemnizados.

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.

Local

Data

de _____ de _____

Assinatura (Em caso de pessoa colectiva, carimbar)

