

Formulário de Participação de Sinistro



**Seguro
Vida Risco**

Apólice
Centro
Nº Conta D.O.
Producto

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

Tomador do Seguro

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

Dados da Pessoa Segura

Nome Completo
B.I./ Passaporte NIF
Data de Nascimento - - Sexo M F

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

Invalidez

Tipo de Invalidez Ocupacional Sim Não Absoluta e Definitiva Sim Não
Data de constatação da Invalidez - -
A Invalidez decorre de Acidente: Sim Não Viação Sim Não
A Invalidez impossibilita o exercício da actividade profissional Sim Não
A Invalidez obriga a recorrer a uma 3ª pessoa para actos ordinários de uma vida corrente Sim Não

Morte

Causa da Morte Doença Sim Não Acidente Sim Não

Beneficiários

Nº de Beneficiários

Identificação dos Beneficiários

Nome Completo
B.I./ Passaporte Data de Nascimento - - Sexo M F
Morada Completa
Telefone Telemóvel E-mail
Relação com o Segurado Próprio Empregado Familiar Prestador Cliente Outro

Identificação dos Beneficiários

Nome Completo
B.I./ Passaporte Data de Nascimento - - Sexo M F
Morada Completa
Telefone Telemóvel E-mail
Relação com o Segurado Próprio Empregado Familiar Prestador Cliente Outro

Identificação dos Beneficiários

Nome Completo
B.I./ Passaporte Data de Nascimento - - Sexo M F
Morada Completa
Telefone Telemóvel E-mail
Relação com o Segurado Próprio Empregado Familiar Prestador Cliente Outro

Identificação dos Beneficiários

Nome Completo
B.I./ Passaporte Data de Nascimento - - Sexo M F
Morada Completa
Telefone Telemóvel E-mail
Relação com o Segurado Próprio Empregado Familiar Prestador Cliente Outro

Documentos Obrigatórios a anexar a esta Participação

Em Caso de Invalidez

Informação Clínica do médico assistente com preenchimento integral do documento anexo

Atestado médico de incapacidade multiuso com indicação do grau de invalidez que lhe foi atribuído (deverá ser superior a 66,6%)

Em alternativa ao documento anterior pode apresentar uma certidão do tribunal que comprove o grau de desvalorização e a pensão de invalidez atribuídos.

Declaração exacta da actividade profissional da pessoa segura antes da constatação da invalidez

Relatório médico que comprove a invalidez ocupacional 6 meses ininterruptos desde a constatação médica inicial (2 anos no caso de perturbações mentais)

Documento da Segurança Social ou outra entidade oficial que comprove o exercício da actividade profissional remunerada e atribuição de pensão de invalidez

Documento da segurança social em como auferir complemento por dependência de 3ª pessoa para os actos da vida diária (comer, vestir higiene e mobilidade)

Morte por Doença

Certidão de Óbito com indicação da causa da morte

Relatório da Autópsia com resultado do exame toxicológico

Habilitação de Herdeiros caso não exista(m) beneficiário(s) designado(s)

Certidão de fotografia integral do(s) assento(s) de nascimento ou documento oficial que comprove a atribuição da tutela no caso de menor(es)

Fotocópia do Bilhete de Identidade

Cartão de Contribuinte

Morte por Acidente

Certidão de Óbito com indicação da causa da morte

Relatório da Autópsia com resultado do exame toxicológico

Auto de Ocorrência passado pelas entidades competentes

Documento oficial onde constem as conclusões do Inquérito do Ministério Público ao Auto de Ocorrência, se aplicável

Habilitação de Herdeiros caso não exista(m) beneficiário(s) designado(s)

Certidão de fotografia integral do(s) assento(s) de nascimento ou documento oficial que comprove a atribuição da tutela no caso de menor(es)

Fotocópia do Bilhete de Identidade

Cartão de Contribuinte de cada beneficiário e do representante legal do beneficiário menor

Declaração - A completar pelo Reclamante (assinatura obrigatória)

As informações prestadas estão correctas. Autorizo qualquer Empregador, 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)

