



**Seguro
Responsabilidade
Civil**

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 Indústria Exploração Productos Profissional Familiar

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

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"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<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 pela 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.

Local

Data

de de

Assinatura (Em caso de pessoa colectiva, carimbar)

