

APÓLICE Nº _____

CLIENTE Nº _____

1 TOMADOR DO SEGURO

NOME _____

TELEF./TELEM. _____ E-MAIL _____

2 PESSOA SEGURA

(UTILIZE LETRAS MAIÚSCULAS, NÃO ABREVEIE O APELIDO, NEM OS TRÊS PRIMEIROS NOMES)

NOME _____

MORADA _____

BAIRRO _____ MUNICÍPIO _____

CIDADE _____ PROVÍNCIA _____

TELEFONE _____ TELEMÓVEL _____ ESTADO CIVIL _____

E-MAIL _____ DATA DE NASCIMENTO _____

PROFISSÃO _____ LOCAL DE TRABALHO _____

O SINISTRADO TEM RELAÇÃO DE PARENTESCO OU DE TRABALHO COM O TOMADOR? NÃO SIM QUAL? _____

3 DESCRIÇÃO DO SINISTRO

DATA DO SINISTRO _____ HORA DO SINISTRO _____ LOCAL DO SINISTRO _____

DESCRIÇÃO PORMENORIZADA DE COMO ACONTECEU O SINISTRO (NOMEADAMENTE, O QUE FAZIA?/DE ONDE E PARA ONDE SE DESLOCAVA O SINISTRADO?)

O SINISTRO ACONTECEU ENQUANTO PRATICAVA DESPORTO? NÃO SIM PRATICAVA O DESPORTO POR: LAZER FEDERADO

SE, NO MOMENTO DO SINISTRO, O SINISTRADO ERA TRANSPORTADO EM VEÍCULO, INDIQUE:

TIPO DE VEÍCULO (AUTOMÓVEL, MOTA, MOTO4, BARCO, BICICLETA, ETC.) _____ MATRÍCULA: _____

QUEM CONDUZIA O VEÍCULO? _____

EXISTE OUTRO SEGURO QUE ABRANJA ESTE SINISTRO? NÃO SIM QUAL? ACIDENTES PESSOAIS ACIDENTE DE TRABALHO
 AUTOMÓVEL

EM QUE SEGURADORA? _____

4 CONSEQUÊNCIAS DO SINISTRO

FERIMENTOS OU LESÕES RESULTANTES _____

QUEM LHE PRESTOU O PRIMEIRO TRATAMENTO? _____

HOUVE NECESSIDADE DE RECORRER AO HOSPITAL/CLÍNICA? NÃO SIM QUAL? _____

FORAM REALIZADOS EXAMES AUXILIARES DE DIAGNÓSTICO? NÃO SIM QUAL? _____

FOI TRANSFERIDO PARA OUTRO ESTABELECIMENTO HOSPITALAR? NÃO SIM QUAL? _____

FICOU INTERNADO? NÃO SIM

5 TESTEMUNHAS

TESTEMUNHA 1

NOME _____

MORADA _____

TELEF./TELEM. [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] E-MAIL _____

TESTEMUNHA 2

NOME _____

MORADA _____

TELEF./TELEM. [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] E-MAIL _____

6 OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO TOMADOR DO SEGURO: _____ DATA [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

ASSINATURA DA PESSOA SEGURA: _____ DATA [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
(Ou Responsável Legal se menor de 18 anos).

ENVIAR, POR FAVOR, PARA E-MAIL: autorizacoes@fidelidade.co.ao