

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: PROVÍNCIA: TELEMÓVEL: E-MAIL: PROFISSÃO: DATA DE NASCIMENTO: 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 AUTOMÓVELFERIMENTOS OU LESÕES RESULTANTES NÃO SIMEM QUE SEGURADORA? 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