

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
 AUTOMÓVEL

FERIMENTOS OU LESÕES RESULTANTES NÃO SIM

EM 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