

APÓLICE Nº

PROCESSO Nº

DATA DE ENTRADA	RUBRICA
<input type="text"/>	<input type="text"/>

- Enquanto a sua participação está a ser apreciada, os seus compromissos de pagamento de seguro 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 entregue na agência Fidelidade impar

TOMADOR DO SEGURO / SEGURADO

NOME

PESSOA SEGURA

NOME TELEFONE

MORADA

LOCALIDADE: PROVÍNCIA:

CODIGO POSTAL: TELEMÓVEL DATA DE NASCIMENTO:

NACIONALIDADE: NUIT: SEXO: M F

IDENTIFICAÇÃO/DESCRIÇÃO DO SINISTRO

DATA DO SINISTRO:

HORA:

LOCAL DO SINISTRO:

DANOS OCORRIDOS/SOFRIDOS:

IDENTIFICAÇÃO DE TESTEMUNHAS (CASO AS HOUVER):

Nº DA PARTICIPAÇÃO À POLICIA: DATA:

DOCUMENTOS A ANEXAR A ESTA PARTICIPAÇÃO**ACIDENTES PESSOAIS****INDEMNIZAÇÃO POR MORTE**

- Certidão de Óbito;
- Certidão de Habilitação de Herdeiros, sempre que não haja beneficiários designados. Sempre que haja menores, Certidão de cópia integral do assento de nascimento;
- Relatório de autópsia e resultado da análise toxicológica ao sangue e Auto de Ocorrência, caso a morte decorra de acidente de viação;
- Declaração da Empresa Transportadora em como a viatura estava em serviço de transporte público (sempre que o Sinistro se fique a dever a viatura pública).

INDEMNIZAÇÃO POR INVALIDEZ TOTAL E PERMANENTE

- Relatório médico com as lesões sofridas e o grau de desvalorização da Invalidez Permanente atribuído com base na tabela de desvalorização de Acidentes Pessoais que faz parte das Condições Gerais/Especiais do Ramo Acidentes Pessoais;
- Auto da Ocorrência, sempre que o sinistro se fique a dever a acidente de viação
- Mapa da Junta onde consta o Grau de Incapacidade atribuída
- Quaisquer documentos elucidativos do acidente e das consequências
- Número de conta a creditar no caso de aceitação do sinistro

DESPESAS DE TRATAMENTO

- Informação Clínica;
- Prescrição Clínica (receita);
- Apresentação de recibos originais (Farmácia, Clínica, Hospital):
- Todos os comprovativos do pagamento dos tratamentos, ou do repatriamento, para que a Pessoa Segura possa ser reembolsada;
- Quaisquer documentos elucidativos do acidente e das consequências
- Número de conta a creditar no caso de aceitação do sinistro

DESPESAS DE FUNERAL

- Recibo original da despesa de funeral;
- Quaisquer documentos elucidativos do acidente e das consequências
- Número de conta a creditar no caso de aceitação do sinistro

DECLARAÇÃO - A COMPLETAR PELO RECLAMANTE (ASSINATURA OBRIGATÓRIA)

As informações atrás prestadas estão correctas. Autorizo qualquer Empregador, Ex-empregador, Organismo oficial ou qualquer outra pessoa a prestar informações á Fidelidade Moçambique - Companhia de Seguros, S.A. sobre este sinistro.

Local: _____ Data: ____/____/____ Assinatura: _____