FIDELIDADE
SEGUROS DESDE 1808

FIDELIDADE

# PARTICIPAÇÃO DE SINISTRO ACIDENTES PESSOAIS

PREENCHER A CANETA PRETA

| DATA DE ENTRADA |
|---|
| |

| MODALIDADE/PRODUTO | APÓLICE Nº | SISTEMA DE INFORMAÇÃO |
|---|---|---|
| | | SÉRIE 1 0 0 |

TODA A DOCUMENTAÇÃO DEVERÁ SER ENVIADA PARA:

**SINISTROS DE ACIDENTES PESSOAIS** - LARGO DO CALHARIZ 30 - 1249-001 - LISBOA – PORTUGAL, OU POR FAX 21 761 98 39

| CÓDIGO MEDIADOR | BALCÃO |
|---|---|
| NOME MEDIADOR | |

O COMPLETO PREENCHIMENTO DESTA PARTICIPAÇÃO E O ENVIO DA DOCUMENTAÇÃO RESPETIVA FACILITARÁ A APRECIAÇÃO E TORNARÁ POSSÍVEL UMA RÁPIDA DECISÃO SOBRE A COMPARTICIPAÇÃO SOLICITADA.

## 1. TOMADOR DO SEGURO / SEGURADO

NOME

## 2. PESSOA SINISTRADA

NOME COMPLETO

MORADA

LOCALIDADE CÓDIGO POSTAL – 

TELEFONE TELEMÓVEL FAX

BILHETE DE IDENTIDADE / CÉDULA PESSOAL Nº DE CONTRIBUINTE

DATA DE NASCIMENTO D D M M A A A A

IBAN BIC

ANEXAR COMPROVATIVO DO BANCO COM INDICAÇÃO DO TITULAR DA CONTA

## 3. IDENTIFICAÇÃO / DESCRIÇÃO DO SINISTRO

DATA DO SINISTRO D D M M A A A A HORA : LOCAL DO SINISTRO

DANOS OCORRIDOS/SOFRIDOS

DESCRIÇÃO PORMENORIZADA DO SINISTRO (SE NECESSÁRIO UTILIZE A PÁG. 2)

O ACIDENTE RELACIONA-SE COM A SUA PROFISSÃO? ☐ SIM ☐ NÃO

O ACIDENTE ENCONTRA-SE COBERTO POR ALGUMA APÓLICE DE ACIDENTES DE TRABALHO? ☐ SIM ☐ NÃO EM QUE COMPANHIA

N.º DE APÓLICE E/OU NOME DA ENTIDADE PATRONAL

O SINISTRADO TEM OUTRO SEGURO DE ACIDENTES PESSOAIS COM COBERTURA DAS DESPESAS MÉDICAS? ☐ SIM ☐ NÃO EM QUE COMPANHIA

N.º DE APÓLICE? QUAL O VALOR?

ACIDENTE DE VIAÇÃO ☐ SIM ☐ NÃO SE SIM INFORMAR MATRÍCULA DO VEÍCULO - -

NOME DOS PASSAGEIROS

IDENTIFICAÇÂO DAS TESTEMUNHAS (SE AS HOUVER)

AS AUTORIDADES TOMARAM NOTA DA OCORRÊNCIA ☐ SIM ☐ NÃO ☐ GNR ☐ PSP POSTO/BRIGADA/ESQUADRA

Nº DE AUTO DA NOTÍCIA DATA D D M M A A A A

**S.F.F. VER PÁG. 2 QUAIS OS DOCUMENTOS A JUNTAR PARA INSTRUÇÃO DO PROCESSO**



808 29 39 49
fidelidade.pt

**Fidelidade - Companhia de Seguros, S.A.**
NIPC e Matrícula 500 918 880, na CRC Lisboa - Sede: Largo do Calhariz, 30
1249-001 - Lisboa - Portugal • Capital Social € 381 150 000 • www.fidelidade.pt

**Linha de Apoio ao Cliente:**
T. 808 29 39 49 • F. 21 323 78 09 • E. apoiocliente@fidelidade.pt
Atendimento telefónico personalizado nos dias úteis das 8h30 às 20h

## 4. IDENTIFICAÇÃO DO TERCEIRO (CASO EXISTA)

NO CASO DE O SINISTRO TER PROVOCADO DANOS EM TERCEIROS, INDIQUE:

NOME _____

MORADA _____

LOCALIDADE _____ CÓDIGO POSTAL |___|___|___|___| – |___|___|___| _____

TELEFONE |___|___|___|___|___|___|___|___|___| TELEMÓVEL |___|___|___|___|___|___|___|___|___| FAX |___|___|___|___|___|___|___|___|___|

## 5. DESCRIÇÃO

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____ _____

LOCAL E DATA O TOMADOR DO SEGURO / PESSOA SEGURA

## 6. DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA E OBRIGATÓRIA EM FUNÇÃO DAS PRINCIPAIS COBERTURAS

CASO SE TRATE DO SEGURO **PROTEÇÃO VITAL DAS PESSOAS**, A DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA SERÁ A PREVISTA NAS CONDIÇÕES GERAIS OU A QUE A FIDELIDADE CONSIDERE RELEVANTE PARA A REGULARIZAÇÃO DO SINISTRO, E QUE SERÃO SOLICITADOS PELA GESTÃO DE SINISTROS.

**DESPESAS DE TRATAMENTO**
Informação Clínica, Prescrição Clínica(receita) e Apresentação de Recibos Originais (Farmácia, Clínica, Hospital, etc)

**INDEMNIZAÇÃO POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA**
Relatório médico a referir:
- Lesões sofridas, Tratamentos efetuados
- Cópias dos exames auxiliares de diagnóstico
- Período de Incapacidade Temporária Absoluta e Situação final

Comprovativo da quebra salarial verificada, nos casos de Incapacidade Temporária Parcial.
No que respeita às situações de Incapacidade Temporária Absoluta, comprovativo de rendimentos do trabalho (por conta própia ou por conta de outrém)

**INDEMNIZAÇÃO POR INTERNAMENTO HOSPITALAR**
Declaração do Hospital a referir o motivo do internamento e respetivo período.

**INDEMNIZAÇÃO POR INCAPACIDADE PERMANENTE PARCIAL**
Relatório médico a referir:
- Lesões sofridas, Tratamentos efetuados
- Cópias dos exames auxiliares de diagnóstico
- Período necessário à recuperação e sequelas existentes.

**INDEMNIZAÇÃO POR MORTE**
- Certidão de habilitação de Herdeiros, sempre que não haja beneficiários designados. Sempre que haja menores, Certidão de cópias 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.

**DESPESAS DE FUNERAL**
Recibo original da despesa de funeral.

**RESPONSABILIDADE CIVIL**
- Declaração escrita do terceiro e indicação de testemunhas presenciais. Os "salvados" dos objetos danificados, têm de ser preservados até à regularização do sinistro.
- Os comprovativos das Despesas (Faturas/Recibos) devem ser sempre originais e devem estar em nome do Tomador.
- É reservado à seguradora o direito de Averiguação
- Declaração de pais/tutores a assumir a responsabilidade do(a) filho(a) pelo sucedido.
- Fotocópia do título do Registo de Propriedade do veículo (sempre que estejam envolvidos veículos).

**VIAGEM**
**No desaparecimento de bagagem, na transportadora ou em hotéis:**
- Cópia do formulário participando o desaparecimento da bagagem à transportadora ou à Administração do Hotel e Declaração a informar os valores indemnizados.

**Nos cancelamento de viagem:**
- Justificativo sobre o episódio verificado que originou o cancelamento.

**Em caso de roubo:**
- Cópia da participação à polícia local.

## 7. A PREENCHER PELOS SERVIÇOS DA COMPANHIA

RECEÇÃO NA COMPANHIA - NUC |___|___|___|___|___|___|___|___| RUBRICA _____

ANÁLISE

NUC |___|___|___|___|___|___|___|___| RUBRICA _____

**OBSERVAÇÕES** _____

_____

_____