FIDELIDADE
SEGUROS DESDE 1808

FIDELIDADE

PARTICIPAÇÃO DE SINISTRO ACIDENTES PESSOAIS

PREENCHER A CANETA PRETA

DATA DE ENTRADA

MODALIDADE/PRODUTO	APÓLICE Nº	SISTEMA DE INFORMAÇÃO
Acidentes Pessoais Escolar ES	6 5 6 8 6 2 8 8	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 SINISTRADO

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 _____

_____

IDENTIFICAÇÃO 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 457 380 000 € • www.fidelidade.pt

Linha de Apoio ao Cliente
T. 808 29 39 49 • E. apoiocliente@fidelidade.pt
Atendimento telefónico personalizado nos dias úteis das 8h às 23h
e Sábados das 8h 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.

A PREENCHER PELOS SERVIÇOS DA COMPANHIA

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

ANÁLISE

NUC |___|___|___|___|___|___|___|___|___| RÚBRICA _____

OBSERVAÇÕES

_____

_____