FIDELIDADE
SEGUROS DESDE 1808

FIDELIDADE

PARTICIPAÇÃO DE SINISTRO ACIDENTES PESSOAIS

PREENCHER A CANETA PRETA

DATA DE ENTRADA

MODALIDADE/PRODUTO	APÓLICE Nº	SISTEMA DE INFORMAÇÃO
	A G 6 5 4 4 2 1 5 7	SÉRIE 1 0 0

TODA A DOCUMENTAÇÃO DEVERÁ SER ENVIADA PARA:

SINISTROS DE ACIDENTES PESSOAIS - LARGO DO CALHARIZ 30 - 1249-001 - LISBOA – PORTUGAL.

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 **ASSOCIAÇÃO DE FUTEBOL DE PORTALEGRE**

2. PESSOA SINISTRADA

NOME COMPLETO

MORADA

LOCALIDADE | CÓDIGO POSTAL ___ – ___

TELEFONE | TELEMÓVEL | FAX

E-MAIL

BILHETE DE IDENTIDADE / CÉDULA PESSOAL | Nº DE CONTRIBUINTE

DATA DE NASCIMENTO D D M M A A A A

IBAN | BIC

PARA SUA SEGURANÇA, A INFORMAÇÃO RELATIVA AO IBAN SÓ SERÁ CONSIDERADA QUANDO ACOMPANHADA DE 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

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 EUR 509.263.524
Apoio ao Cliente: Dias úteis das 9h às 20h • T. 217 94 87 01 Chamada para a rede fixa nacional • E. apoiocliente@fidelidade.pt • www.fidelidade.pt

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.

Tratando-se de sinistrado menor, para reembolso de despesas aos pais, deve ser enviado comprovativo de IBAN do responsável legal, acompanhado dos dados do mesmo (nomes completo, NIF, morada, IBAN).

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