

### 1. TOMADOR DO SEGURO

NOME \_\_\_\_\_ NIF \_\_\_\_\_ APÓLICE Nº \_\_\_\_\_

### 2. ANIMAL

NOME \_\_\_\_\_ GÉNERO  M  F DATA NASCIMENTO [ D | D | M | M | A | A | A | A ]  
RAÇA \_\_\_\_\_ Nº IDENTIFICAÇÃO ELETRÓNICA \_\_\_\_\_

### 3. SINISTRO

#### RESPONSABILIDADE CIVIL

DANOS MATERIAIS  DANOS CORPORAIS  DANOS MATERIAIS E CORPORAIS

DATA DA OCORRÊNCIA [ D | D | M | M | A | A | A | A ] LOCAL \_\_\_\_\_

DESCRIÇÃO DA OCORRÊNCIA \_\_\_\_\_

ALGUMA AUTORIDADE TOMOU CONTA DA OCORRÊNCIA? \_\_\_\_\_ QUAL? \_\_\_\_\_

TESTEMUNHAS PRESENCIAIS (INDICAR NOME, MORADA, TELEFONE, PARENTESCO OU RELAÇÃO COM O LESADO):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

EXISTE OUTRO SEGURO SOBRE OS BENS AFETADOS?  NÃO  SIM FOI EFETUADA PARTICIPAÇÃO?  NÃO  SIM

EM QUE SEGURADOR? \_\_\_\_\_ APÓLICE Nº \_\_\_\_\_

#### DANO MATERIAL

NOME DO LESADO <sup>1</sup> \_\_\_\_\_ NIF \_\_\_\_\_

MORADA \_\_\_\_\_

LOCALIDADE \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL [ | | | | ] - [ | | | | ]

CONTACTO TELEFÓNICO \_\_\_\_\_ EMAIL \_\_\_\_\_

RELAÇÃO COM O SEGURADO (PARENTESCO, EMPREGADO, ETC.): \_\_\_\_\_

VALOR ESTIMADO DO DANO OU DA REPARAÇÃO DOS BENS DANIFICADOS \_\_\_\_\_

IBAN DO LESADO \_\_\_\_\_

#### DANO CORPORAL

NOME DO LESADO <sup>1</sup> \_\_\_\_\_ NIF \_\_\_\_\_

MORADA \_\_\_\_\_

LOCALIDADE \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL [ | | | | ] - [ | | | | ]

CONTACTO TELEFÓNICO \_\_\_\_\_ EMAIL \_\_\_\_\_

RELAÇÃO COM O SEGURADO (PARENTESCO, EMPREGADO, ETC.): \_\_\_\_\_

PARTE DO CORPO ATINGIDA \_\_\_\_\_

OCORREU MORTE?  NÃO  SIM

TEVE ASSISTÊNCIA MÉDICA?  NÃO  SIM, NO LOCAL POR \_\_\_\_\_

ESTÁ ATUALMENTE A RECEBER TRATAMENTO?  NÃO  SIM, ONDE \_\_\_\_\_

(ANEXE RELATÓRIO MÉDICO DETALHADO DAS LESÕES SOFRIDAS)

<sup>1</sup> CASO EXISTA MAIS DO QUE UM LESADO, POR FAVOR IDENTIFIQUE-OS NO CAMPO DAS OBSERVAÇÕES OU PREENCHA OUTRA PARTICIPAÇÃO DE SINISTRO.

## DESPESAS MÉDICAS

### COBERTURA

VETCARE

CIRURGIA E ESTERILIZAÇÃO

VACINAS

### MOTIVO

ACIDENTE

DOENÇA

VACINAS

### TIPO DE DESPESA

CONSULTAS

INTERNAMENTO

CIRURGIA

TRATAMENTOS

MEDICAMENTOS

ENFERMAGEM

EXAMES COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO

VACINAS

EUTANÁSIA

### DETALHE DE DESPESA

CONSULTA NORMAL

CIRURGIA GERAL

CONSULTA DE REAVALIAÇÃO

CIRURGIA DE ESPECIALIDADE

CONSULTA DE URGÊNCIA

ESTERILIZAÇÃO OU CASTRAÇÃO

CONSULTA AO DOMICÍLIO

INTERNAMENTO - DIÁRIAS

CONSULTA DE ESPECIALIDADE \_\_\_\_\_

ANESTESIA

PENSOS

EQUIPAMENTOS E CONSUMÍVEIS

TRATAMENTOS \_\_\_\_\_

COLOCAÇÃO DE DISPOSITIVOS MÉDICOS

ESTOMATOLOGIA

QUIMIOTERAPIA

DESTARTARIZAÇÃO COM ANESTESIA

DIÁLISE

ANÁLISES

VACINA ANUAL RAIVA

RX

VACINA ANUAL PENTAVALENTE

ECG

OUTRAS VACINAS \_\_\_\_\_

ECOGRAFIA

MEDICAMENTOS ADMINISTRADOS PELO VET

TAC

MEDICAMENTOS DE FARMÁCIA

RM

EUTANÁSIA

BIÓPSIA

OUTROS \_\_\_\_\_

ANEXE RELATÓRIO MÉDICO VETERINÁRIO DETALHADO E PRESCRIÇÕES DO MÉDICO VETERINÁRIO, FATURAS/RECIBOS COMPROVATIVOS DAS DESPESAS COM INDICAÇÃO DE CADA SERVIÇO PRESTADO - EXAMES, TRATAMENTOS E/OU MEDICAMENTOS. ENVIE TUDO PARA [SINISTROS.PETS@FIDELIDADE.PT](mailto:SINISTROS.PETS@FIDELIDADE.PT)

## 4. OBSERVAÇÕES

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO TOMADOR DO SEGURO