

Ficha De Participação De Sinistro – Despesas De Funeral

Hot line contact/contacto :
(00258) 84 32 29910 | (00258) 82 32 29960 | (00258) 21 357 700
claimsr@hollard.co.mz | sinistros@hollard.co.mz

Claim Form

Please click to select currency

USD

MT

Deverá responder correctamente a todas as perguntas, Aplicando a abreviatura N/A quando a pergunta não aplicável.
A Companhia não aceita a responsabilidade pela informação Fornecida neste formulário.

Every question must be answered fully, the abbreviation N/A should be used where the question is not applicable.
The Company does not admit liability by the issue of this form.

Da Apólice

Apólice Nr.

Do Segurado

Titular da Apólice

Membro Principal

Do Falecido

Favor marque com

Era dependente

Era membro principal

Nome do Falecido

Grau de Parentesco

Data e Lugar de Nascimento

Data de Morte e lugar onde ocorreu

Causas de Morte

Anexar os seguintes documentos

- Certidão de óbito
- Cópia atenticada do BI do falecido (obrigatório para todas as pessoas seguras com mais de 18 anos)
- Cópia autenticada da certidão de nascimento narrativa completa (para as pessoas com menos de 18 anos)
- Cópia autenticada do B.I. da pessoa que apresenta a reclamação
- Prova de parentesco com o membro
- Prova de parentesco para todos os familiares

Assinaturas

Pessoa Segura

Data

Titular da apólice

Data

Este espaço é reservado a Hollard

Periodo de Seguro		Situação de Prémio	
Opção		Valor de Benefício	
Prémio Total Pago		Data de pagamento	
Verificado por		Data	