

Av. 4 de Fevereiro, 93 - C.P. 5778
Luanda, Angola
Tel.:(222) 671 671 | (222) 332 990/1/3/5 | Fax: (222) 671 672
NIF: 5410001095
e-mail: geral@ensa.co.ao
Call Center: (222) 692 500
www.ensa.co.ao

S	CX	CR	PROC. N°	

**Remeter à companhia o original e o duplicado logo após o acidente - Nenhuma reparação deve ser feita, sem prévia autorização da companhia.
Responda com exatidão a todas as perguntas, não deixe de indicar testemunhas.**Remettre l'original et le duplicata à la compagnie dès l'accident. Aucune réparation ne doit être faite, sans l'autorisation de la compagnie.
Répondez avec exactitude à toutes les questions, n'oubliez pas des témoins.**Aviso importante: Não aceite a responsabilidade. Encaminhe as reclamações à Seguradora.**
Avis important: Ne jamais accepter la responsabilité. Faites parvenir toutes les réclamations à votre assureur.

Qualquer incidente que accione as garantias da apólice, deve ser comunicada à ENSA - Seguros de Angola, S.A. o mais breve possível e no prazo não superior a oito (8) dias posteriores ao acidente. A participação deve ser correctamente preenchida em todos os seus quisitos, e entregue à seguradora no endereço abaixo indicado em qualquer agência da ENSA, antes de se ausentar de Angola, anexando para o efeito uma fotocópia da carta de condução do motorista que conduzia o veículo na altura da ocorrência do sinistro ou alternativamente entregar a mesma em qualquer posto fronteiriço.

Quel que soit l'incident qui soit à l'origine d'une réclamation, concernant les couvertures de la part d'ENSA, elle doivent être communiqués au plus brefs délais possibles, soit, dans les huit (8) jours après le sinistre. Les formulaires contenant tous les détails du sinistre doivent être dûment remplis et remis à l'assureur et ce, à l'adresse sousmentionné ou à n'importe quelle agence ENSA avant votre départ hors Angola, avec une copie certifié du permis de conduire en possession au moment du sinistre et remise à n'importe quel poste frontiere.

1. DETALHES DA PARTICIPAÇÃO *Détails de la participation*

N° DA APÓLICE N° de Police	<input type="text"/>	EMITIDA EM Emise a	<input type="text"/>
PERÍODO DO SEGURO DE Periode d'assurance	<input type="text"/>	A	<input type="text"/>
MATRÍCULA Matricule	<input type="text"/>	MARCA Marque	<input type="text"/>
		MODELO Modèle	<input type="text"/>
		COR Couleur	<input type="text"/>

2. DETALHES DO MOTORISTA *Détails du conducteur*

NOME Nom	<input type="text"/>
TOMADOR DO SEGURO Prenneur d'assurance	<input type="text"/>
N° DA CARTA DE CONDUÇÃO N° permis de conduire	<input type="text"/>
DATA DE EMISSÃO Date d'emission	<input type="text"/>
DATA DE NASCIMENTO Date de naissance	<input type="text"/>
TELFONE Telephone	<input type="text"/>

3. DETALHES DO ACIDENTE *Détails de l'accident*

DATA DE NASCIMENTO Date de l'accident	<input type="text"/>	HORA Heure	<input type="text"/>
LOCAL Lieu	<input type="text"/>		
INTERVIRAM AUTORIDADES POLICIAIS Des policiers sont intervenus	SIM Oui <input type="checkbox"/>	NÃO Non <input type="checkbox"/>	
NOME DA UNIDADE DA POLÍCIA Le nom ou numero du commissariat	<input type="text"/>		
NÚMERO DE REFERÊNCIA Le numero de reference	<input type="text"/>		
QUAISQUER INFRAÇÕES/MULTAS RESULTANTES DO SINISTRO Infraction/Amendes suite au sinistre	SIM Oui <input type="checkbox"/>	NÃO Non <input type="checkbox"/>	
SE SIM, MENCIONAR OS DETALHES Si oui, mentionner les détails	<input type="text"/>		

