

Participação de Sinistro

Nº da Apólice

Nº do Processo

Data de Entrada

Remeter à Companhia o Original logo após o acidente. Responda com exactidão a todas as perguntas, não deixando de indicar testemunhas.

1. Tomador do Seguro

(Utilizar letra de imprensa)

Nome

Morada

Localidade

Município

Cx. Postal

Telefone / Telemóvel

Sexo

M

F

NIF

E-mail

2. Pessoa Sinistrada

Nome

Morada

Sexo:

M

F

Localidade

Município

Província

Estado Civil

Telefone/Telemóvel

E-mail

Naturalidade

Nacionalidade

Data de Nascimento

☐ Bilhete Identidade

☐ Passaporte

Tem dependentes a cargo?

Não

☐

Sim

☐

3. Situação Profissional

Profissão

Data de Admissão ao Serviço Segurado

Situação Profissional:

Horário praticado no momento do Sinistro:

☐ Trabalhador por Conta de Outrem

☐ Período Normal

☐ Trabalhador Familiar

☐ Turno Fixo

☐ Admin. / Gerente do Segurado

☐ Turno Rotativo

☐ Trabalhador por Conta Própria

☐ Outro Horário

☐ Outro

4. Remuneração

Salário base:

☐ Mensal

☐ Diária

☐ Horária

Salário líquido

Subs. Alimentação

Subs. Férias

Subs. Natal

Outras Remunerações / Mês

Desde quando aufero o salário referido?

Caso se verifique alguma das seguintes situações, indicar o montante de salário se:

• Salário variável, indicar a média dos últimos 12 meses

• Sinistrado for aprendiz ou tirocinante, indicar o salário médio dos oficiais da mesma categoria

• Outra (detalhar situação e salário)

Participação de Sinistro

5. Descrição do Acidente

Data do Acidente / /

Data em que o sinistrado deixou de trabalhar | | / | / | | |

Local do Acidente: _____ Província: _____

Município _____

Acidente ocorreu: No local de trabalho ☐ Em serviço exterior ☐ No trajecto residência / trabalho ou vice-versa ☐

O acidente foi de viação? ☐ Sim ☐ Não

Foi responsabilidade de terceiros? ☐ Sim ☐ Não **Se Sim, indicar os dados do responsável:**

Nome _____

Morada

Matrícula		Apólice N°		Seguradora	
------------------	--	-------------------	--	-------------------	--

Houve intervenção de autoridades? ☐ Sim ☐ Não Se Sim, quais? |

Descrição pormenorizada do acidente

Indicar tipo de trabalho / tarefa desempenhada pelo sinistrado no momento do acidente _____

Indicar o objecto / acontecimento que provocou as lesões (Descarga eléctrica, radiação, outro) |

Indicar quais foram as lesões (Concussões, fractura, outra) |

Quais as partes do corpo atingidas? (Cabeça, coluna, outra) |

6. Prestação de Assistência

Onde recebeu os Primeiros Socorros? _____ Quem os prestou? _____

Ficou hospitalizado? ☐ Sim ☐ Não Se Sim, indicar hospital / clinica e a data _____

7. Testemunhas Presenciais do Acidente

1. Testemunha

Nome _____

Morada

[illegible]

Profissão | | | | | | | | | | | | | **Onde se encontrava?**



Participação de Sinistro

7. Testemunhas Presenciais do Acidente (Continuação)

2. Testemunha

Nome

Morada

Telefone E-mail

Profissão Onde se encontrava?

8. Consequências do Acidente à Data da Declaração

- ☐ Sem ausência ou ausência inferior a 1 dia ☐ Ausência de 1 a 3 dias ☐ Ausência de 4 a 14 dias
- ☐ Sem ausência esperada superior a 14 dias ☐ Incapacidade Permanente ☐ Morte

Nota: Para que os dias de repouso sejam objecto de indemnização por parte da seguradora, têm de estar devidamente justificados e autorizados pela entidade médica autorizada que assistiu o sinistrado. Esta justificação deverá ser entregue na Seguradora para avaliação e posterior resolução do sinistro.

9. Informação Adicional sobre o Sinistrado (preencher apenas em caso de morte)

Nome da pessoa a contactar

Morada

Localidade Município Cx. Postal

Telefone / Telemóvel E-mail

Ligação com Pessoa Segura ☐ Cônjuge ☐ Filho (a) ☐ Pai / Mãe ☐ Outro

IBAN / NIB

(Necessário para o Pagamento da Indemnização)

O Tomador do Seguro

O Segurado

Data: _____, _____ de _____ de _____

Protteja Seguros, S.A.

NIF: 5417166103 Capital Social: AOA 1.000.000.000,00 (1 Bilhão de Kwanzas)
 Nº de Registo Comercial: Nº 0037-11/110110 Certificado de Licença: Nº13/ISS/MF/12
 Morada: Rua José Pedro Tuca, Nº32, Bairro dos Coqueiros, Luanda, Angola
 Contactos: +244 933100149/+244914475082 Email: geral@prottejaseguros.co.ao
 Web: www.prottejaseguros.co.ao