Garantia Seguros

Seguro Acidentes de Trabalho

# PARTICIPAÇÃO DE ACIDENTE

**Sinistro Nº**

Data de Notificação |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

APÓLICE Nº |__|__|__|__|__|__|__|__|__|

## Tomador de Seguro

Nome _____ Nº Contribuinte |__|__|__|__|__|__|__|__|

Morada _____ Telefone |__|__|__|__|__|__|__|__|__|

## Sinistrado

Nome _____ Sexo: M ☐ F ☐ Data Nasc. |__|__| |__|__| |__|__|__|__|

Morada _____ Caixa Postal |__|__|__|__|__|__| Município _____

Bilhete de Identidade nº |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Estado Civil _____ Tem Dependentes a cargo? Não ☐ Sim ☐

Profissão _____ Naturalidade _____

Assinale com (X) a Qualidade aplicável:

☐ Trabalhador por Conta de Outrém
☐ Trabalhador Familiar
☐ Admin. / Gerente do Segurado
☐ Trabalhador por Conta Própria
☐ Outra: _____

Data de Admissão ao Serviço do Segurado |__|__| |__|__| |__|__|__|__| (resposta obrigatória)

Salário Base: _____ Retribuição: Mensal ☐ Diária ☐ Horária ☐ Alimentação e Outros Subsídios: _____

Menor salário de operários válidos da mesma categoria ( no caso de aprendiz) _____

## Acidente

Data e Hora do Acidente |__|__| |__|__| |__|__|__|__| - |__|__|h |__|__|m

● Se houve intervenção das Autoridades, juntar

Local do Acidente _____ Caixa Postal |__|__|__|__|__|__| Município _____

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

Data e Hora em que deixou de trabalhar em consequência do acidente |__|__| |__|__| |__|__|__|__| - |__|__|h |__|__|m

O acidente foi de viação? Não ☐ Sim ☐ Foi da responsabilidade de terceiros? Não ☐ Sim ☐ Se SIM, indique os dados do responsável:

Nome _____ Morada _____

Matrícula |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Apólice Nº |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Seguradora _____

Descrição pormenorizada do acidente: _____

Que tipo de trabalho / tarefa fazia o sinistrado no momento do acidente? _____

Que objecto ou acontecimento provocaram as lesões? _____

Quais foram as lesões? _____

## Socorros

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

Ficou hospitalizado? Não ☐ Sim ☐ Se SIM, onde e em que data? _____

## Testemunhas do Acidente

1 - Nome _____ Idade _____ Profissão _____

Morada _____ Telefone |__|__|__|__|__|__|__|__|__|

1 - Nome _____ Idade _____ Profissão _____

Morada _____ Telefone |__|__|__|__|__|__|__|__|__|

● Se o desastre se deu por culpa de terceiros, mencione esse facto.

● **A enviar à Seguradora no prazo de 24 horas**

O Tomador de Seguro

_____

Rua Assalto de Moncada, nº 9, Luanda – Angola
Telefone: +(244) 935 728 882 ● Fax: +(244) 222 390 663 ● Email: geral@garantia.co.ao
N.º Contribuinte: 540.214.4621
●●● .garantia.co.ao

Modelo: 1001ps.AT.at.00 (simplificado)