



APÓLICE Nº:
SINISTRO Nº

PREENCHER COM LETRA MAIÚSCULA E PREFERENCIALMENTE NA COR PRETA

TOMADOR DE SEGURO OU SEGURADO

Nome: Telefone:
Morada: Localidade:
Quem deverá ser contactado: Tomador de Seguro Mediador Tomador de Seguros / Mediador

SINISTRADO

Nome: Telefone:
Morada: Localidade:
Data de nascimento: Estado Civil: Profissão:
Naturalidade: Actividade exercida:
O Sinistrado é trabalhador efectivo, ou presta serviços temporários na empresa?
Nome do cônjuge: Data de nascimento:
Filhos menores de 18 anos (nomes e idades):
Nome do Pai: Data de nascimento:
Nome da Mãe: Data de nascimento:

REMUNERAÇÕES

Salário: Kwanzas Mensal Diário Hora
O valor indicado inclui a parte proporcional dos subsídios de Férias e Natal? Não Sim
Alimentação: AKZ Outras: AKZ AKZ
Data de admissão ao serviço: É eventual É efectivo Nº de horas de trabalho semanal
Se o sinistrado é aprendiz ou estagiário qual a retribuição média do trabalhador da categoria profissional correspondente? AKZ
Se o sinistrado é menor de 18 anos, qual a retribuição média do trabalhador maior não qualificado? AKZ

ACIDENTE

Data e hora do acidente: Data em que o sinistrado deixou de trabalhar:
Local do acidente: Bairro: Município: Província:
Número de vítimas do acidente:
Que acontecimentos estiveram na origem do acidente?
Número de horas executadas até ao momento do acidente:
O acidente ocorreu na ida ou regresso de casa p/ o trabalho? Não Sim Utilizava veículo de duas rodas? Não Sim
Onde recebeu os primeiros socorros?
Continua em tratamento? Onde?
Está internado em hospital? Qual?
Lesões produzidas? Parte do corpo atingida?
Testemunhas: Nome: Morada:
Nome: Morada:



ACIDENTES (CONTINUAÇÃO)

Se o sinistro tiver sido em consequência de acidente de viação indicar:

Viatura onde seguia o sinistrado:

Viatura do terceiro:

Matrícula: Apólice Nº.

Matrícula: Apólice Nº.

Seguradora:

Seguradora:

Proprietário:

Proprietário:

Condutor:

Condutor:

O acidente foi participado à Seguradora do veículo? Não Sim Autoridade interveniente?

Quem foi o presumível culpado pelo acidente e porquê?

OBSERVAÇÕES/OUTRAS DECLARAÇÕES

Local e Data:

Assinatura do Tomador do Seguro ou Segurado