

Edifício Beira

Zona Financeira do Patriota (ZFP)
Estrada do Lar do Patriota - Luanda - Angola
Apoio ao Cliente: (+244) 937 948 484
WhatsApp: (+244) 937 948 484
info@confiancaseguros.co.ao
www.confiancaseguros.co.ao



PARTICIPAÇÃO DE SINISTROS - ACIDENTE DE TRABALHO

TOMADOR DE SEGURO

(Por favor, preencha todos os campos com a máxima exactidão)

Nome _____
Endereço _____
Telefone _____
E-mail _____ N° da Apólice _____
Actividade exercida _____ NIF _____

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRADO

Nome _____
Endereço _____
Telefone _____ E-mail _____
BI/Passaporte _____ Validade ____/____/____ Sexo Masculino Feminino
Data de Nascimento ____/____/____ Nacionalidade _____
Estado Civil _____ Tem dependentes a seu cargo? Sim Não
Profissão _____

SITUAÇÃO PROFISSIONAL

Data de Admissão ao Trabalho: Dia ____ de ____ de 20____ Profissão: _____
Indique se é familiar do segurado ou se ocupa um cargo de gestão:
Trabalhador Sim Não Empregador Sim Não Trabalhador por conta de outrém? Sim Não
Familiar não remunerado? Sim Não Estagiário? Sim Não Praticante? Sim Não Aprendiz? Sim Não
Outras situações _____
Horário praticado no momento do acidente: Período normal Sim Não Em turno fixo Sim Não Em turno rotativo Sim Não
Outro horário. Qual? _____

RETRIBUIÇÕES

Salário Base: Mensal _____ Diário _____ Hora _____ Subsídio _____
Outras remunerações _____
Desde quando auferir a retribuição citada? Dia ____ de ____ de 20____

DADOS DO ACIDENTE

Data ____ de ____ de 20____ Hora: ____:____
Data e hora em que deixou de trabalhar: ____ de ____ de 20____ Hora: ____:____
Se o acidente não ocorreu no estabelecimento onde trabalha, indique:
Em serviço no exterior? Sim Não No trajeto residência/trabalho ou vice-versa? Sim Não
Endereço _____ Província _____
Distrito _____ Município _____
Bairro _____
Quem prestou os primeiros socorros? _____ Ficou hospitalizado? Sim Não
Em que estabelecimento? _____ Foi acidente de viação? Sim Não
Número total de vítimas do acidente _____
Se o acidente foi de viação e da responsabilidade do terceiro, indique:
Matrícula _____ N° da Apólice _____ Telefone _____
Nome _____
Morada _____
Seguradora _____ E-Mail _____
Profissão _____ Se houve intervenção das autoridades, especifique _____

CIRCUNSTÂNCIAS DO ACIDENTE

Descreva pormenorizadamente o acidente: _____

Descreva a tarefa que o sinistrado executava no momento do acidente _____

Assinale a situação correspondente à tarefa descrita: Habitualmente exercida

Ocasionalmente exercida

Outra situação

Qual? _____

Indique a substituição ou objecto que produz a lesão: Natureza da lesão _____

Parte do corpo atingida _____

Consequência do acidente à data da declaração:

Sem ausência ou ausência de 1 dia

Ausência de 1 a 3 dias

Ausência de 4 a 14 dias

Ausência de mais de 14 dias

Incapacidade permanente? Sim Não

Morte? Sim Não

TESTEMUNHA 1

Nome _____

Morada _____

Onde se encontrava? _____

Telefone _____

E-Mail _____

Outras informações _____

TESTEMUNHA 2

Nome _____

Morada _____

Onde se encontrava? _____

Telefone _____

E-Mail _____

Outras informações _____

DECLARAÇÃO

1. Declaro que são exactas e completas as declarações por mim prestadas e tomei conhecimento de todas as informações necessárias à celebração do presente contrato, tendo-me sido entregues as respectivas Condições Gerais e Especiais, para delas tomar integral conhecimento, e prestados todos os esclarecimentos sobre as mesmas condições, nomeadamente sobre garantias e exclusões, com as quais estou de acordo.

2. Declaro ter sido esclarecido que em caso de incumprimento doloso do dever de declarar o risco com exactidão e veracidade, o contrato de seguro pode ser anulado pela seguradora, ficando a seguradora desobrigada de cobrir qualquer sinistro que ocorra antes de ter tido conhecimento do incumprimento em causa.

3. Autorizo o tratamento informático e armazenamento de todos os meus dados pessoais e sensíveis.

4. Autorizo a consulta e partilha dos dados pessoais e sensíveis disponibilizados, sob regime de absoluta confidencialidade, às empresas que integram o grupo, às empresas subcontratadas e à ARSEG, desde que compatível com a finalidade da recolha dos mesmos.

5. Autorizo a **CONFIANÇA SEGUROS SA** a proceder à recolha de dados pessoais complementares junto de organismos públicos, empresas especializadas e outras unidades económicas, tendo em vista a confirmação ou complemento dos elementos recolhidos necessários à gestão da relação contratual.

6. Autorizo o tratamento dos dados fornecidos para efeitos de contacto telefónico, e-mail, SMS e redes sociais.

7. Autorizo a **CONFIANÇA SEGUROS SA**, a efectuar, se assim o entender, o registo das chamadas telefónicas que forem realizadas, no âmbito da relação contratual.

Esta informação não dispensa a leitura atenta das Condições Gerais, especiais e particulares do contrato, assim como a nossa política de protecção de dados disponibilizada no nosso site.

_____ aos _____ de _____ 20 _____

_____ aos _____ de _____ 20 _____

Assinatura do Tomador de Seguro

Assinatura da Seguradora

Esta informação não dispensa a leitura atenta das Condições Gerais, Especiais e Particulares do contrato, assim como a nossa política de protecção de dados disponibilizada no nosso site.

