



**BALUARTE
SEGUROS**
Segurança que nasce do compromisso

EMPRESAS

ACIDENTES DE TRABALHO PARTICIPAÇÃO DE SINISTRO

Gestor Interno: Processo N.º: N.º de Apólice

TOMADOR DE SEGURO

Nome da Empresa:

Morada: Localidade:

Actividade Principal da Empresa: NIF:

Telefone: E-mail:

Qualidade de quem participa: Tomador de Seguro ☐ Mediador ☐ Tomador do Seguro / Mediador ☐

SINISTRADO

Nome Completo: Telefone:

Morada: Localidade:

Tipo de Documentação: B.I ☐ Passaporte ☐ N.º Documento Género: M ☐ F ☐

Data de nascimento: Estado Civil: Profissão:

Naturalidade: Actividade exercida:

O Sinistrado é trabalhador efectivo? Não ☐ Sim ☐ O Sinistrado presta serviços temporários na empresa? Não ☐ Sim ☐

Nome do cônjuge: Data de nascimento:

Filhos menores de 18 anos? Não ☐ Sim ☐ Quantos?

Nome do Pai: Data de nascimento:

Nome da Mãe: Data de nascimento:

Local Principal de Trabalho: Escritório Sede ☐ Outro ☐

Salário Base: Subsídio de transporte Subsídio de alimentação

Outros Subsídios: Data de admissão: É eventual ☐ É efectivo ☐

N.º de horas de trabalho semanal Horário de Trabalho

Se o sinistrado é aprendiz ou estagiário qual a retribuição média do trabalhador da categoria profissional correspondente?

Se o sinistrado é menor de 18 anos, qual a retribuição média do trabalhador maior não qualificado?

ACIDENTE

Data do acidente: 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?

Horas de Trabalho: O acidente ocorreu: Local de Trabalho ☐ Em deslocação / Trajecto ☐ Outro ☐

Utilizava veículo de duas rodas? Não ☐ Sim ☐

Actividade que exercia no momento do acidente:

Tel: +244 926969600

E-mail: geral@baluarteseguros.ao

Site: www.baluarteseguros.ao

Sede: Belas Business Park, Torre Luanda, 2º Andar Apt. 202 - Talatona | Luanda - Angola



ACIDENTES

Descrição detalhada do acidente

Onde recebeu os primeiros socorros? Continua em tratamento? Não ☐ Sim ☐ Onde? Está internado em um hospital? Não ☐ Sim ☐ Qual? Lesões produzidas? Não ☐ Sim ☐Testemunhas: Nome: Morada: Nome: Morada: Agente material - causador do acidente? Consequência do acidente? Incapacidade Permanente ☐ Incapacidade Temporária ☐ Morte ☐ Sem afastamento ☐

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

Viatura onde seguia o sinistrado: Viatura do terceiro: Matrícula: Apólice N°. Matrícula: Apólice N°. 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? **DECLARAÇÕES DA ENTIDADE EMPREGADORA**

Declaramos que as informações constantes na presente participação são verdadeiras e foram prestadas de boa-fé, em conformidade com a legislação angolana em vigor.

Anexamos os seguintes documentos com vista a confirmar a veracidade do acidente:

- Participação de Sinistro preenchida e informação inicialmente fornecida;
- Fotocópia do Bilhete de Identidade (B.I);
- Fotocópia do passe de serviço;
- Últimos três recibos de salário;
- Outros documentos solicitados pela Seguradora

Li e concordo com as declarações da participação. ☐

Luanda,

Assinatura e Carimbo da Empresa

