

APÓLICE Nº

PROCESSO Nº

1 TOMADOR DO SEGURO/SINISTRADO

NOME

CONTACTO PARA ESCLARECIMENTO DO SINISTRO. E-MAIL

DATA NASCIMENTO NATURALIDADE NACIONALIDADE

☐ B.I. ☐ PASSAPORTE DATA DE EMISSÃO SEXO ☐ M ☐ F

ESTADO CIVIL MORADA

BAIRRO MUNICÍPIO

CIDADE PROVÍNCIA

TELEFONE TELEMÓVEL TEM DEPENDENTES A CARGO? ☐ SIM ☐ NÃO

2 SITUAÇÃO PROFISSIONAL

PROFISSÃO

DATA INÍCIO DA ACTIVIDADE

3 REMUNERAÇÃO

SALÁRIO BASE AOA

DESDE QUANDO AUFERE O SALÁRIO REFERIDO

SE O SALÁRIO NÃO FOR REGULAR, INDIQUE A MÉDIA DOS ÚLTIMOS 12 MESES

4 IBAN PARA PAGAMENTO DE INDEMNIZAÇÕES

NOME

IBAN

5 DESCRIÇÃO DO ACIDENTE

DATA E HORA DO ACIDENTE ÀS : HORAS

DATA EM QUE O SINISTRADO DEIXOU DE TRABALHAR ÀS : HORAS

SE O ACIDENTE NÃO OCORREU NO LOCAL DE TRABALHO, INDIQUE EM QUE SITUAÇÃO OCORREU:

☐ EM SERVIÇO NO EXTERIOR DO ESTABELECIMENTO

☐ NO TRAJECTO RESIDÊNCIA TRABALHO OU VICE-VERSA UTILIZA VEÍCULO MOTORIZADO DE 2 RODAS? ☐ SIM ☐ NÃO

LOCAL DO ACIDENTE _____

BAIRRO _____ MUNICÍPIO _____ PROVÍNCIA _____

QUEM PRESTOU OS PRIMEIROS SOCORROS? _____

FICOU HOSPITALIZADO? ☐ SIM ☐ NÃO ESTABELECIMENTO HOSPITALAR _____

NÚMERO TOTAL DE VÍTIMAS DO ACIDENTE O ACIDENTE FOI DE VIAÇÃO? ☐ SIM ☐ NÃO

TRATANDO-SE DE UM ACIDENTE DE VIAÇÃO DA RESPONSABILIDADE DE TERCEIROS, INDIQUE: NOME, MORADA E CONTACTO DO RESPONSÁVEL

MATRÍCULA DO VEÍCULO _____ Nº APÓLICE _____ SEGURADORA _____

SE HOUVE INTERVENÇÃO DA AUTORIDADE, ESPECIFIQUE _____

QUE TIPO DE TRABALHO ESTAVA O SINISTRADO A REALIZAR NO MOMENTO DO ACIDENTE _____

ONDE ESTAVA O SINISTRADO NO MOMENTO DO ACIDENTE (ex. no interior do edifício, no subsolo) _____

DESCREVA PORMENORIZADAMENTE O ACIDENTE, MENCIONANDO OS ACONTECIMENTOS QUE LHE DERAM ORIGEM E OS ACONTECIMENTOS QUE PRODUZIRAM A LESÃO.

INDIQUE A SUBSTÂNCIA, OBJECTO OU TIPO DE EQUIPAMENTO QUE CONDUZIU À LESÃO _____

DESCREVA A TAREFA QUE O SINISTRADO EXECUTAVA NO MOMENTO DO ACIDENTE _____

ASSINALE A SITUAÇÃO CORRESPONDENTE À TAREFA DESCRITA:

☐ A HABITUALMENTE EXERCIDA ☐ OCASIONALMENTE EXERCIDA ☐ OUTRA SITUAÇÃO

INDIQUE O Nº HORAS EXECUTADAS ATÉ AO MOMENTO DO ACIDENTE:

DE FORMA ININTERRUPTA (S/INTERVALO) TOTAL JÁ EXECUTADAS

INDIQUE A NATUREZA DA LESÃO ⁽²⁾ _____

INDIQUE A PARTE DO CORPO ATINGIDA ⁽²⁾ _____

⁽²⁾ Consultar listagens da página 4.

6 TESTEMUNHAS

NOME _____

PROFISSÃO _____

MORADA _____

CONTACTOS _____

NOME _____

PROFISSÃO _____

MORADA _____

CONTACTOS _____

7 INFORMAÇÕES ADICIONAIS SOBRE O SINISTRADO (PREENCHER APENAS EM CASO DE MORTE)

NOME DO PAI _____

NOME DA MÃE _____

NOME DO CÔNJUGE _____

MORADA _____

TELEFONE/TELEMÓVEL | | | | | | | | | | E-MAIL _____

Nº DE FILHOS _____

NOME _____ DATA DE NASCIMENTO | D | D | M | M | A | A | A | A |

NOME _____ DATA DE NASCIMENTO | D | D | M | M | A | A | A | A |

NOME _____ DATA DE NASCIMENTO | D | D | M | M | A | A | A | A |

IBAN |

OBSERVAÇÃO: CASO A PARTICIPAÇÃO DE SINISTRO NÃO SEJA RECEPCIONADA PELA FIDELIDADE ANGOLA - COMPANHIA DE SEGUROS, S.A. NO PRAZO DE 8 DIAS ÚTEIS, NÃO ASSUMIREMOS AS DESPESAS CLÍNICAS QUE NOS VENHAM A SER RECLAMADAS, CABENDO AO TITULAR DA APÓLICE A SUA LIQUIDAÇÃO.

NOME DO RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO DA INFORMAÇÃO POR PARTE DO SEGURADO

8**INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO****NATUREZA DA LESÃO:**

- Contusão, ferida
- Concussões
- Concussões e lesões internas
- Ferida aberta
- Amputação
- Fractura Exposta
- Fractura Fechada
- Luxação, deslocamento
- Entorses, rotura de ligamentos
- Intoxicação
- Queimaduras por calor ou frio
- Queimaduras por produtos químicos
- Efeitos de radiação
- Descarga eléctrica
- Lesão não diagnosticada
- Outro tipo de lesão não-pormenorizada: choque, insolação, paragem cardíaca, etc

PARTE DO CORPO ATINGIDAS:

- Cabeça
- Olhos
- Pescoço
- Costas, coluna
- Tórax
- Abdómen
- Ombro, braço e cotovelo
- Antebraço e pulso
- Mão
- Dedos da mão
- Articulações da anca, coxa e rótula
- Articulação do joelho, perna e tornozelo
- Pé
- Dedos do pé
- Localizações múltiplas
- Outras lesões

9**COMO PROCEDER EM CASO DE SINISTRO****EM CASO DE SINISTRO O SEGURADO OBRIGA-SE AOS SEGUINTE PROCEDIMENTOS:**

1. Procurar que lhe sejam prestados os primeiros socorros.
2. Enviar à Fidelidade Angola a participação de sinistro, num prazo máximo de 24h, devidamente preenchida, assinada e carimbada, se houver possibilidade, o sinistrado deverá ser portador desta participação quando for transportado no primeiro tratamento.
3. Na participação, para além dos dados identificativos do sinistrado, incluindo o valor da retribuição, devem mencionar as circunstâncias em que ocorreu o acidente.
4. Também deve ser indicada na Participação de Sinistro o respectivo nº de apólice.

NO CASO DOS SINISTROS LEVES:

5. Com vista a um rápido acompanhamento, caso o estado do sinistrado o permita, aconselhamos o transporte para uma Unidade de Saúde da Rede Convencionada, conforme Anexo 1.
6. O sinistrado terá que se apresentar na Unidade de Saúde da Rede Convencionada com a Participação de Sinistro devidamente preenchida e assinada.

NO CASO DOS SINISTROS GRAVES:

7. O sinistrado deve deslocar-se ao Centro Hospitalar mais próximo e enviar os comprovativos das despesas efectuadas para a Seguradora.
8. Em caso de acidentes mortais, os beneficiários devem de imediato dar conhecimento do facto à Seguradora (E-mail ou outra forma de comunicação por escrito igualmente rápida), sem prejuízo de posteriormente enviar a participação.

CONTACTOS DA FIDELIDADE ANGOLA:

Morada: Avenida Pedro de Castro Van-dúnem Ioy, S/N, Morro Bento, Luanda, Angola.

Email: acidente.trabalho@fidelidade.co.ao

Telefone: +244 940 495 957 (Horário das 8h00 às 17h00, dias úteis)

Call Center: +244 923 167 248 (24h/24h)