

+244 **944 310 985** +244 **929 280 602** 

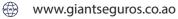
# PARTICIPAÇÃO DE SINISTRO ACIDENTES DE TRABALHO

A	pólice n.º	Processo n.º
01	Tomador do Seguro/ Segurado	
	Nome	Telefone
	E-mail NI	
	Morada da Sede	
2	Sinistrado	
	Nome	
	Morada	
	Bairro	Município
	Província	E-mail
	Telefone/Telemóvel	Tem dependentes a cargo? sim Não
	Data de Nascimento	Sexo F M
	Naturalidade	Nacionalidade
	BI/Passaporte	Estado Civil
3	Situação Profissional	
	Profissão	Data Admissão Serviço
	Se ocupa algum cargo de gestão ou éfamiliar do Segurado, indique qual	
	Situação Profissional:	Horário praticado no momento do sinistro:
	Trabalhador por Conta de Outrem	Em período normal
	Trabalhador por Conta Própria ou Empregado (1)	Em turno fixo
	Estagiário	Em turno rotativo
	Praticante ou Aprendiz, com Vinculo à Empresa	Outro horário
	Outra Situação	
	(1) Aplicável nos casos de Seguro de Acidentes de Trabalho-Trabalhador Independente	La description Manifeliana
	Natureza do Serviço: Agricola Comercial	Industrial Maritimo
4	Remuneração	
	Salário Base USD/ AKZ Mensal Diário Hora	Salário Líquido
	Subsídio Alimentação / Mês	Outros Subsídios/Remunerações
	Desde quando aufere o salário referido	
	Caso se verifique alguma das seguintes situações, indique o montante de	salário:
	Se o salário não for regular, indique a média dos últimos 12 meses	
	Se o sinistrado for aprendiz ou tirocinante, indique o salário médio dos oficiais da mesma categoria	
	Se o sinistrado formenor de 18 anos e não for aprendiz ou tirocinante, indique o salário médio do trabalhador maior	
	(1) Esta participação é válida para Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais. Acidentes de Trabalho - Empregada Domés	ica e Acidentes de Trabalho - Trabalhador Independente Página 1/4



+244 **944 310 985** | +244 **929 280 602** 





Rua da Missão, Nº53, Bairro das Ingombotas | Luanda - Angola





+244 **944 310 985** +244 **929 280 602** 

# PARTICIPAÇÃO DE SINISTRO ACIDENTES DE TRABALHO

Indicação do IBAN/ NIB para   IBAN/NIB	pagamento de inde	emnizações
Descrição do Acidente		
Data e Hora do Acidente		às : horas
Data em que o sinistrado deixou de	e trabalhar	às : horas
Se o acidente não ocorreu no local	de trabalho, indique er	em que situação ocorreu:
Em serviço no exterior do es	tabelecimento	
No trajecto residência traba	ho ou vice-versa	Utilizava veículo motorizado de 2 rodas? Sim Não
Local do Acidente		Bairro
Município		Província
Quem prestou os primeiros socorros		Morada
Ficou hospitalizado? sim	Não	Estabelecimento Hospitalar
Número total devítimas do acidente		O acidente foi de viação? Sim Não
Matrícula do Veículo Seguradora Que tipo de trabalho estava o sinis Onde estava o sinistrado no mome Descreva pormonorizadamente o prodiziram a lesão	ento do acidente (ex: no	
Indique a substância, objecto ou ti Descreva a tarefa que o sinistrado Assinale a situação corresponden A habitualmente exercida Indique o n.º horas executadas até De forma ininterrupta ( Indique a natureza da lesão (2)	executava no moment te à tarefa descrita: e ao momento do acide	Ocasionalmente exercida Outra situação
Indique a parte do corpo atingida (2) (2) Consultar listagens da página 4		

Página 2/4

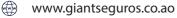


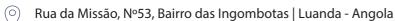
















+244 **944 310 985** +244 **929 280 602** 

# PARTICIPAÇÃO DE SINISTRO ACIDENTES DE TRABALHO

2	Testemunhas			
	Nome			
	Morada			
	Contactos	Profissão		
	Nome			
	Morada			
	Contactos	Profissão		
1	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		
	N.º Filhos			
	Nome	Data d e Nascimento		
	Nome	Data de Nascimento		
	Nome	Data de Nascimento		
	IBAN/NIB			
	Observação: Caso a parti não assumiremos as desp	cipação de sinistro não seja recepcionada pela Giant Seguros no prazo de 6 dias úteis, sesas clínicas que nos venham a ser reclamadas, cabendo ao titular da apólice a su a liquidação.		
	Assinatura do Sinistrado	Assinatura do Tomador de Seguro		
	Assinatura	Assinatura	€- -	
	1 1			
	Data	Data		
	Observação: Em caso do o	entidade colectiva este formulário só é válido se assinado e carimbado.		
	Observação: Efficaso de 6	::::::::::::::::::::::::::::::::::::::		



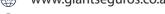
+244 **944 310 985** | +244 **929 280 602** 

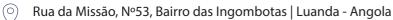














Página 3/4



+244 **944 310 985** +244 **929 280 602** 

### PARTICIPAÇÃO DE SINISTRO ACIDENTES DE TRABALHO

#### 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 Calorou 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(s) do Corpo Atingida(s):

- -Cabeça
- -Olhos
- -Pescoço
- Costas . Coluna
- -Tórax
- Abdómen
- Ombro, Braço e Cotovelo
- Antebraço e Pulso
- -Mão
- Dedosda Mão
- Articulações da Anca, Coxa e Rótula
- Articulações do Joelho, Perna e Tornozelo
- Pé
- Dedosdo Pé
- Localizações Múltiplas
- Outras Lesões

#### Como Proceder em Caso de Sinistro 10

Em caso de Sinistro o segurado obriga-se aos seguintes procedimentos:

- 1. Providenciar a prestação dos primeiros socorros ao sinistrado.
- 2. Em caso de sinistro com gravidade, garantir, de imediato, o transporte mais conveniente do sinistrado para o hospital ou clínica mais próximos.
- 3. Enviar a Giant Seguros Seguros 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.
- 4. Na participação, para além dos dados identificativos do sinistrado, incluindo o valor da retribuição, devemmencionar as circunstâncias em que ocorreu o acidente.
- 5. Também deve ser indicada na Participação de Sinistro a identificação do Tomador do Seguro e o respectivo n.º de apólice.

#### No caso dos Sinistros Leves:

- 6. Comvista 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.
- 7. O sinistrado terá que se apresentar na Unidade de Saúde da Rede Convencionada com a Participação de Sinistro devidamente assinada pelo Tomador do Seguro.

#### No caso dos Sinistros Graves:

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

CONTAC	TOS DA GLANT SEGUROS
Morada	
E-mail	
Telefone	

Página 4/4



(2 +244 **944 310 985** | +244 **929 280 602** 



sinistros@giantseguros.co.ao



www.giantseguros.co.ao Rua da Missão, N°53, Bairro das Ingombotas | Luanda - Angola

