ALIANÇA SEGUROS

PARTICIPAÇÃO DE SINISTRO
ACIDENTES DE TRABALHO

APÓLICE Nº ____ SINISTRO Nº ____ DATA DE ENTRADA ____

TOMADOR DE SEGURO

Nome _____ Sexo: M ☐ F ☐

Nº Doc. Identificação ____ BI ☐ Outro _____

Data Emissão ____ Data Validade ____ NIF ____

Naturalidade _____ Nacionalidade _____ Data Nascimento ____

País da Residência _____ Morada _____

Município _____ Localidade _____ Actividade Profissional Predominante _____

Telefone ____ Telemóvel ____ E-mail _____

MODALIDADE DE SEGURO

Prémio Variável: ____ Prémios Fixos: ____

SINISTRADO

Nome _____ Sexo: M ☐ F ☐

Nº Doc. Identificação ____ BI ☐ Outro _____

Data Emissão ____ Data Validade ____ NIF ____

Naturalidade _____ Nacionalidade _____ Data Nascimento ____

País da Residência _____ Morada _____

Município _____ Localidade _____ Actividade Profissional Predominante _____

Telefone ____ Telemóvel ____ E-mail _____

Data de admissão ao serviço: ____ Salário data do acidente: ____

DETALHES DO ACIDENTE

Data Ocorrência: ____ Hora ___ : ___ : ___ Província: _____ Localidade _____

Houve intervenção das autoridades? ☐ Sim ☐ Não (Se sim, indique o nº do processo) Nº Processo ____

Onde recebeu os primeiros socorros? _____

_____

Como ocorreu o acidente: _____

_____

_____

_____

_____

www.aliancaseguros.ao | Aliança Seguros, S.A. | Tel. +244 222 632 946 | geral@aliancaseguros.ao

ALIANÇA SEGUROS

PARTICIPAÇÃO DE SINISTRO
ACIDENTES DE TRABALHO

TESTEMUNHAS

1ª

Nome _____ Idade: __ anos

Morada _____

Município _____ Localidade _____ Telemóvel _____

2ª

Nome _____ Idade: __ anos

Morada _____

Município _____ Localidade _____ Telemóvel _____

3ª

Nome _____ Idade: __ anos

Morada _____

Município _____ Localidade _____ Telemóvel _____

4ª

Nome _____ Idade: __ anos

Morada _____

Município _____ Localidade _____ Telemóvel _____

OBSERVAÇÕES / DECLARAÇÕES:

Data _____

_____
(Assinatura do Proponente)

www.aliancaseguros.ao | Aliança Seguros, S.A. | Tel. +244 222 632 946 | geral@aliancaseguros.ao