



Guia de Participação de Sinistro Acidentes de Trabalho



FORTALEZA
SEGUROS

QUEM CONQUISTA, CUIDA

Guia de Participação de Sinistro Acidentes de Trabalho

Saiba sempre como proceder em caso de sinistro

www.fortalezaseguros.co.ao

O que fazer em caso de sinistro?

Em todos os casos:

- Confira os documentos necessários à participação de sinistro.
- Preencha o Formulário de Participação de Sinistro Acidentes de Trabalho, com o máximo de detalhe e rigor possível.
- Em caso de ocorrência de sinistro em Acidentes de Trabalho, deverá contactar a **Linha de Atendimento ao Cliente +244 923 165 166 | +244 226 165 165**, para mais informações.
- Em caso de acidentes mortais, o Tomador do Seguro deve de imediato dar conhecimento à FORTALEZA Seguros, sem prejuízo de posteriormente enviar a participação.

Como participar um sinistro?

Qualquer sinistro Acidentes de Trabalho deve ser participado com brevidade, num prazo máximo de 24 horas decorridos da data de ocorrência do acidente.

Deverá preencher o Formulário de Participação de Sinistro Acidentes de Trabalho e entregar à FORTALEZA Seguros, juntamente com a restante documentação necessária e obrigatória, detalhada no ponto seguinte. Para saber qual o local de entrega desta documentação, queira por favor contactar a FORTALEZA Seguros, através dos contactos abaixo disponíveis.

Qual a documentação necessária para a participação de sinistro?

Em caso de sinistro, é necessário apresentar a seguinte documentação:

- Cópia do Bilhete de Identidade do trabalhador sinistrado
- Cópia do último recibo salarial do trabalhador sinistrado
- Outros documentos obrigatórios mediante a cobertura accionada

Como contactar a FORTALEZA Seguros?

Para contactar a FORTALEZA Seguros utilize a

Linha de Atendimento ao Cliente: +244 923 165 166 | +244 226 165 165,

ou em alternativa, envie um e-mail para o nosso **Endereço Electrónico: info@fortalezaseguros.co.ao**

Como preencher o Formulário de Participação de Sinistro Acidentes de Trabalho?

Dados a ter em conta ao preencher o Formulário:

01 Tomador do Seguro/ Segurado
Nome _____ Telefone _____
E-mail _____ NIF _____
Morada da Sede _____

02 Sinistrado
Nome _____
Morada _____
Bairro _____ Município _____
Provincia _____ E-mail _____
Telefone/Telemóvel _____ Tem dependentes a cargo? Sim Não
Data de Nascimento _____ Sexo F M N
Naturalidade _____ Nacionalidade _____
BI/Passaporte _____ Estado Civil _____

03 Situação Profissional
Profissão _____ Data Admissão Serviço _____
Se ocupa algum cargo de gestão ou é familiar 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(a) Em turno fixo
 Estagiário Em turno rotativo
 Praticante ou Aprendiz, com Vínculo à Empresa Outro horário _____
Outra Situação _____
Natura do Serviço: Agrícola Comercial Industrial Marítimo

04 Remuneração
Salário Base _____ (uti/anz) _____ Mensal _____ Diária _____ Hora _____ Salário Líquido _____
Subsídio Alimentação / Mês _____ Outros Subsídios/ Remunerações _____
Desde quando auferir 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 aprendiz, indique o salário médio dos oficiais da mesma categoria _____
Se o sinistrado for menor de 18 anos e não for aprendiz ou aprendiz, indique o salário médio do trabalhador maior _____

Tomador do Seguro
Apelido, nome e morada

Pessoa Sinistrada

Data da Ocorrência

Local Médico Assistente

Descrição do Acidente
Descreva em pormenor o acidente

Descrição Médica

05 Indicação do IBAN/ NIB para pagamento de indemnizações
IBAN/NIB _____

06 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 trajeto residência trabalho ou vice-versa Utilizou veículo motorizado de 2 rodas? Sim Não
Local do Acidente: _____ Bairro _____
Município _____ Provincia _____
Morada _____
Quem prestou os primeiros socorros _____
Ficou hospitalizado? Sim Não Não se aplicável
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 _____ N.º 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 n.º de horas executadas até ao momento do acidente:
 De forma ininterrupta (intervalo) _____ Total já executadas _____
Indique a natureza da lesão _____
Indique a parte do corpo atingida _____

07 Testemunhas
Nome _____
Morada _____ Profissão _____
Contactos _____
Nome _____
Morada _____ Profissão _____
Contactos _____

08 Informações Adicionais sobre o Sinistrado (Preencher apenas em caso de morte)
Nome do Pai _____
Nome da Mãe _____
Nome do Cônjuge _____
Morada _____ E-mail _____
Telefone/ Telemóvel _____
N.º Filhos _____
Nome _____ Data de Nascimento _____
Nome _____ Data de Nascimento _____
Nome _____ Data de Nascimento _____
IBAN / NIB _____
Assinatura do Sinistrado _____ Assinatura do Tomador do Seguro _____
Data _____ Data _____
Observação: Em caso de participação de sinistro não seja responsável pela FORTALEZA no prazo de 8 dias úteis, não assumiremos os despesas clínicas que nos venham a ser reclamadas, cabendo ao titular da apólice a sua liquidação.

Assinatura do Participante

09 Instruções de Preenchimento
Natureza da Lesão:
-Contusão, Ferida
-Concussões
-Concussões e Lesões Internas
-Fenda Aberta
-Amputação
-Fratura Exposta
-Fratura Fechada
-Luxação, Deslocamento
-Entorse, Ruptura 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.
Partes do Corpo Atingidas:
-Cabeça
-Ombros
-Pescoço
-Costas, Coluna
-Tórax
-Abdómen
-Ombro, Braço e Cotovelo
-Antebraço e Pulso
-Mão
-Dedos da Mão
-Articulações da Anca, Coxas e Rótula
-Articulações do Joelho, Pernas e Tornozelo
-Pé
-Dedos do Pé
-Localizações Múltiplas
-Outras Lesões

10 Como Proceder em Caso de Sinistro
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 de sinistrado para o hospital ou clínica mais próximas.
3. Enviar a FORTALEZA 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, devem mencionar 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. 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.
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 acidente mortal, a empresa (Tomador do Seguro) deve 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.

CONTACTOS DA FORTALEZA SEGUROS
Morada _____
E-mail _____
Telefone _____

- Não se esqueça:
 - Carregue bem na caneta para passar para o duplicado
 - Forneça sempre número de telefone e e-mail de forma a agilizar o processo



Formulário de Participação de Sinistro Acidentes de Trabalho

Apólice n.º

Processo n.º

01 Tomador do Seguro/ Segurado

Nome Telefone
E-mail NIF
Morada da Sede

02 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

03 Situação Profissional

Profissão Data Admissão Serviço
Se ocupa algum cargo de gestão ou é familiar 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 Vínculo à Empresa Outro horário
Outra Situação
(1) Aplicável nos casos de Seguro de Acidentes de Trabalho - Trabalhador Independente
Natureza do Serviço: Agrícola Comercial Industrial Marítimo

04 Remuneração

Salário Base USD/ AKZ Mensal Diário Hora Salário Líquido
Subsídio Alimentação / Mês Outros Subsídios/ Remunerações
Desde quando aufero 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 for menor de 18 anos e não for aprendiz
ou tirocinante, indique o salário médio do trabalhador maior

Esta participação é válida para Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais. Acidentes de Trabalho - Empregada Doméstica e Acidentes de Trabalho - Trabalhador Independente

05 Indicação do IBAN/ NIB para pagamento de indemnizações

IBAN/NIB

06 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

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 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 N.º 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 n.º 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

07 Testemunhas

| | | | |
|-----------|--|-----------|--|
| Nome | | | |
| Morada | | | |
| Contactos | | Profissão | |
| | | | |
| Nome | | | |
| Morada | | | |
| Contactos | | Profissão | |

08 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 de Nascimento | |
| Nome | | Data de Nascimento | |
| Nome | | Data de Nascimento | |
| IBAN / NIB | | | |

Observação: Caso a participação de sinistro não seja recepcionada pela FORTALEZA 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.

Assinatura do Sinistrado

Assinatura do Tomador de Seguro



Assinatura



Assinatura

_____/_____/_____
Data

_____/_____/_____
Data

Observação: Em caso de entidade colectiva este formulário só é válido se assinado e carimbado.

09 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(s) do Corpo Atingida(s):

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

10 Como Proceder em Caso de Sinistro

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 FORTALEZA 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, devem mencionar 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. 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.
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

CONTACTOS DA FORTALEZA SEGUROS

Morada

E-mail

Telefone



FORTALEZA Seguros

Telefone: **+244 923 165 166** | **+244 226 165 165**

E-mail: **info@fortalezaseguros.ao**

www.fortalezaseguros.ao

Cidade Financeira
Bloco 2 - 5º andar
Fracções 501 e 502
Talatona - Município de Belas
LUANDA