

APÓLICE Nº

PROCESSO Nº

DATA DE ENTRADA	RUBRICA

## TOMADOR DO SEGURO / SEGURADO

NOME  TELEFONE

CONTACTO PARA ESCLARECIMENTOS DO SINISTRO: E-MAIL

## PESSOA SINISTRADA

NOME  TELEFONE

MORADA

BAIRRO:  MUNICÍPIO:  PROVÍNCIA:

E-MAIL:  TELEMÓVEL  DATA DE NASCIMENTO:

NACIONALIDADE:  ESTADO CIVIL:  TEM DEPENDENTES A CARGO? SIM  NÃO  SEXO: M  F

B. IDENTIDADE  PASSAPORTE  Nº:  NUIT:

## SITUAÇÃO PROFISSIONAL

PROFISSÃO:

DATA DE ADMISSÃO AO SERVIÇO:

SE OCUPA ALGUM CARGO DE GESTÃO OU É FAMILIAR DO SEGURADO, INDIQUE QUAL:

SITUAÇÃO PROFISSIONAL:

- Trabalhador por conta de outrem  
 Trabalhador por conta própria ou empregador  
 Estagiário  
 Praticante ou aprendiz, com vínculo à empresa  
 Outra situação:

HORÁRIO PRATICADO NO MOMENTO DO SINISTRO:

- Em período normal  
 Em turno fixo  
 Em turno rotativo  
 Outro horário

## REMUNERAÇÃO

SALÁRIO BASE:  MZN  MENSAL  DIÁRIO  HORA  SALÁRIO LÍQUIDO:

SUB. ALIM. MÊS:  SUBSÍDIO DE FÉRIAS:  SUBSÍDIO DE NATAL:

OUTRAS REMUNERAÇÕES/MÊS:

DESDE QUANDO AUFERE O SALÁRIO REFERIDO:

CASO SE VERIFIQUE ALGUMA DAS SEGUINTE SITUACÕES, 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 de trabalhador maior:

**INDICAÇÃO DO IBAN/NIB PARA PAGAMENTO DE INDEMNIZAÇÕES**

IBAN / NIB:

**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 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: \_\_\_\_\_

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 fazer 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 lesão <sup>1</sup> \_\_\_\_\_

Parte do corpo atingida <sup>1</sup> \_\_\_\_\_

Consultar listagens da página 4.

## TESTEMUNHAS

NOME: \_\_\_\_\_

PROFISSÃO: \_\_\_\_\_

MORADA: \_\_\_\_\_

CONTACTOS: \_\_\_\_\_

NOME: \_\_\_\_\_

PROFISSÃO: \_\_\_\_\_

MORADA: \_\_\_\_\_

CONTACTOS: \_\_\_\_\_

## CONSEQUÊNCIAS DO ACIDENTE À DATA DA DECLARAÇÃO

- Sem ausência ou ausência inferior a 1 dia
  Ausência de 1 a 3 dias
  Ausência de 4 a 14 dias  
 Sem ausência esperada superior a 14 dias
  Incapacidade permanente
  Morte

Nota: Para que os dias de repouso sejam objecto de indemnização por parte da seguradora, têm de estar devidamente justificados dos e autorizados pela entidade médica competente que assistiu o sinistrado após os primeiros socorros exercidos pelo posto médico do Tomador do seguro, se o houver. Esta justificação deverá ser entregue na Seguradora o mais breve possível para que esta possa pagar ao Sinistrado a respectiva indemnização por Incapacidade Temporária Absoluta (ITA).

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

NOME DO PAI: \_\_\_\_\_

NOME DA MÃE: \_\_\_\_\_

NOME DO CÔNJUGE: \_\_\_\_\_

MORADA: \_\_\_\_\_

TELEFONE/TELEMÓVEL: \_\_\_\_\_ E -MAIL: \_\_\_\_\_

Nº FILHOS: \_\_\_\_\_

NOME: \_\_\_\_\_

NOME: \_\_\_\_\_

NOME: \_\_\_\_\_

IBAN / NIB: \_\_\_\_\_

(necessário para o pagamento da indemnização)

OBSERVAÇÃO: Caso a participação de sinistro não seja recepcionada pela Fidelidade Moçambique - 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 ou Entidade Empregadora:

\_\_\_\_\_

Assinatura do Segurado

Data: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

### 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
- Asfixia, inalação de gases, afogamento
- Intoxicação
- Queimaduras por calor ou frio
- Queimadura por produtos químicos
- Efeitos de radiação
- Descarga eléctrica
- Lesão não diagnosticada
- Outro tipo de lesão não pormenorizada por ex: Choque insolação, paragem cardíaca, etc.

#### PARTES DO CORPO ATINGIDAS

- Cabeça, excepção olhos
- 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

### COMO PROCEDER EM CASO DE SINISTRO

#### Em caso de sinistro obriga-se aos seguintes procedimentos:

Providenciar a prestação dos primeiros socorros ao sinistrado;

Em caso de sinistro com gravidade, garantir, de imediato, o transporte mais conveniente do sinistrado para o hospital ou clínica mais próximos.

Enviar à Fidelidade ímpar a participação de sinistro, num máximo de 24h, devidamente preenchida, assinada e carimbada - se houver possibilidade, o sinistrado deverá ser portador desta participação quando for transportado no primeiro tratamento.

Na participação para além dos dados identificativos do sinistrado, incluindo valor de retribuição, devem mencionar as circunstâncias em que ocorreu o acidente.

Também deve ser indicada na participação de sinistro a identificação do tomador do seguro e o respectivo nº de apólice.

#### No caso dos sinistros leves:

Com vista a um rápido acompanhamento - caso o estado do sinistrado o permita aconselhamos o transporte para uma Unidade de saúde da rede de convencionada, conforme anexo 1 (De momento, ainda não se encontra definida/disponível a rede)

O Sinistrado terá que apresentar na unidade de saúde da rede convencionada com a participação de sinistro devidamente assinada pelo tomador do seguro.

#### No caso dos sinistros graves:

O Sinistrado deve deslocar-se ao centro hospitalar mais próximo enviando os comprovativos das despesas efectuadas para a seguradora.

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 escrita igualmente rápida), sem prejuízo de posteriormente enviar a participação.