

Formulário de Participação de Sinistro de
Acidentes Pessoais
Personal Accident Claim Form



1. TITULAR DA APÓLICE / POLICY HOLDER

Nome:

Name

Nº da Apólice:

Policy N°

Endereço:

Address

Telefone:

Telephone

Email:

Email

2. DETALHES DO SINISTRADO / DETAILS OF THE INJURED PERSON

Nome:

Name

Data de Nascimento:

Date of Birth

Endereço:

Address

Distrito / Provincia:

District / Province

Local de nascimento:

Place of Birth

Distrito/Provincia:

District/Province

Salário que recebia na data do acidente:

Salary earned on date of accident

Salário Normal:

Normal Salary

Se não, qual é o salário normal:

If not, what is normal salary

Desde quando recebe o actual salário?:

Since when do you receive the current salary?

Quantos salários recebe durante o ano?

How many salaries during the year

3. DETALHE DO ACIDENTE / ACCIDENT DETAILS

Data:

/ /

Hora:

Time

Local:

Place

Provincia:

Province

Descrição:

Description

Qual o trabalho que estava executando?

What work were you doing

Trabalhou após o acidente?

Did you work after the accident

Por quanto tempo?

For how long

4. TESTEMUNHAS / WITNESSES

Nome:

Name

Idade:

Age

Endereço:

Address

Profissão:

Occupation

Nome:

Name

Idade:

Age

Endereço:

Address

Profissão:

Occupation

Nome:

Name

Idade:

Age

Endereço:

Address

Profissão:

Occupation

5. FERIMENTOS E PRIMEIROS SOCORROS / INJURIES AND FIRST AID

Parte do corpo ferida:

Part of body injured

Tipo de ferimento:

Type of injury

Quem prestou os primeiros socorros?

Who provided the first aid

Hora:

Time

Recebeu outra assistência?

Did any other assistance come to you

Caso afirmativo, quando?

If so when

Ficou hospitalizado?

Were you hospitalized

6. DECLARAÇÃO / DECLARATION

- Pelo presente declaro, por minha honra, que todas as informações fornecidas, são verdadeiras.
I hereby declare, on my honor, that all information provided is true.
- Entendo e aceito que em caso de falsidade ou imprecisão das informações prestadas ou ainda, não junção da documentação solicitada, a presente participação será considerada nula, eximindo-se a seguradora de quaisquer responsabilidades sobre o sinistro.
I understand and accept that in case of falsity or inaccuracy of the information provided or even if the requested documentation is not included, this participation will be considered null, exempting the insurer from any responsibility for the claim.
- Autorizo irrevogavelmente o Segurador para colectar, processar e compartilhar as informações aqui prestadas para efeitos de cumprimento de obrigações de compliance e/ou averiguações que entender pertinentes.
I irrevocably authorize the Insurer to collect, process and share the information provided here for the purpose of complying with compliance obligations and / or investigations that it deems pertinent.

Assinatura:

Signature

Nome:

Name

Título:

Title

Data:

Date

Carimbo da Empresa:

Company Stamp