



Av. República, 316
 Tel.: +258 21 485 020/2
 Fax.: +258 21 488 760
 Cel.: +258 84 324 2570
 +258 82 305 5141
 email: mcs@mcs.co.mz

MOÇAMBIQUE

COMPANHIA DE SEGUROS

IMPORTANTE: São obrigatórias as respostas a todos os quesitos • Não preencher as zonas sobreadas • A participação deve ser enviada 24 horas após o acidente.

ACIDENTE DE TRABALHO

Participação de Acidente

N.º identificação da entidade seguradora
 1. | | | | | | | | | |
 N.º identificação do acidente
 2. | | | | | | | | | |
 Ano de ocorrência N.º ordem

Apólice n.º | | | | | | | | | |
 Ramo | | | | | | | | | |

IDENTIFICAÇÃO DO TOMADOR DE SEGURO OU ENTIDADE EMPREGADORA

3. Nome		4. N.U.I.T.	
5. N.º pessoas ao serviço da ent. empregadora		6. Morada do estabelecimento	
Telefone	7. Actividade principal do estabelecimento		6.
		7.	

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRADO

8. Nome		9. Nacionalidade		9.
10. Residência		Caixa Postal	12. Localidade	Provincia
12. Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	13. Data de nasc.	14. B. I.	15. Data admissão ao serviço	16. Estado civil
17. Tem dependentes a cargo? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> 18. Se é administrador, gerente ou familiar do tomador de seguro indique qual:				
19. SITUAÇÃO PROFISSIONAL	1. Trabalhador por conta de outrém <input type="checkbox"/>		3. Familiar não remunerado <input type="checkbox"/>	
	2. Trabalhador por conta própria ou empregador <input type="checkbox"/>		4. Estagiário <input type="checkbox"/>	
Especifique:				
20. Horário praticado pelo sinistrado no momento do acidente: 1. Em período normal <input type="checkbox"/> 2. Em turno fixo <input type="checkbox"/> 3. Em turno rotativo <input type="checkbox"/> 4. Outro horário <input type="checkbox"/>				
21. Profissão				
22. Salários, assinale a periodicidade de pagamento e indique o montante em cada situação: Salário base ,00 Mensal <input type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> Horário <input type="checkbox"/>				
Subsídio alimentação/mês ,00		N.º meses/ano		Outras remunerações/mês ,00
Subsídio de férias ,00		Subsídio de natal ,00		Salário líquido ,00
23. NO CASO DE SE VERIFICAR ALGUMA DAS SEGUINTES SITUAÇÕES, INDIQUE O MONTANTE DE SALÁRIOS				
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, aprendiz ou tirocinante, indique o salário medio de trabalhador maior				
24. Desde quando aufero o citado salário				

DADOS DO ACIDENTE

25. Data e hora do acidente		ano	mês	dia	hora 00 a 24
26. Data e hora em que deixou de trabalhar em consequência do acidente		ano	mês	dia	hora 00 a 24
27. Se o acidente não ocorreu no estabelecimento onde habitualmente trabalha, indique: 1. Em serviço no exterior <input type="checkbox"/> 2. No trajecto residência trabalho ou vice versa <input type="checkbox"/>					
3. Local (Nome da propriedade - caso de seguro agrícola)		Localidade		Provincia	
28. Quem prestou os primeiros socorros:		Localidade		29. Ficou hospitalizado? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
30. Em caso afirmativo indique estabelecimento hospitalar:				31. N.º total de vítimas do acidente:	
32. O acidente foi de viação? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		33. O sinistrado deslocava-se em veículo motorizado de 2 rodas? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>			
34. SE RESPONDEU SIM À QUESTÃO 32, E SE O ACIDENTE FOI DA RESPONSABILIDADE DE TERCEIROS, INDIQUE:		Nome e morada do responsável			
		Matricula do veículo		N.º de apólice	
				Seguradora	

TIPO E AMBIENTE DE TRABALHO

35. Que tipo de trabalho estava o sinistrado a fazer no momento do acidente? (ex.: trabalho em ferro fundido, nas colheitas, matadouros...)		35. Tipo de trabalho	
36. Onde estava o sinistrado no momento do acidente? (ex.: no interior de um edificio, no subsolo)		36. Ambiente de trabalho	

CIRCUNSTÂNCIAS DO ACIDENTE

37. Descreva pormenorizadamente o acidente mencionado designadamente os acontecimentos que lhe deram origem e também os acontecimentos que conduziram à lesão, mencionando as substâncias, os equipamentos, ferramentas que usava (tipo de ferramenta, maquina, etc.)		37.1. Actividade da vítima	
		37.2. Item assoc. actividade	
		37.3. Acção de desvio	
		37.4. Item assoc. acção desvio	
		38.1. Acção que conduziu à lesão	
		38.2. Agente da lesão	
38. Indique o objecto próximo que provocou o acidente e conduziu à lesão			
39. Descreva a tarefa que o sinistrado executava no momento do acidente (ver instruções no verso)			
40. Assinale a situação correspondente à tarefa descrita: 1. A habitualmente exercida <input type="checkbox"/> 2. A ocasionalmente exercida <input type="checkbox"/> 3. Outra situação <input type="checkbox"/>			
41. Indique o n.º de horas executadas até ao momento do acidente: 1. De forma ininterrupta (sem intervalo) 2. Total já executadas			

DETALHES DA LESÃO

42. Indique conforme instruções: Natureza da lesão		42. Parte do corpo atingida		43.	
--	--	-----------------------------	--	-----	--

CONSEQUÊNCIAS DO ACIDENTE À DATA DA DECLARAÇÃO

42. Indique conforme instruções: Natureza da lesão		Ausência de 1 a 3 dias		Ausência de 4 a 14 dias	
Ausência esperada de mais de 14 dias		Incapacidade permanente		Morte	

Nome do Responsável pelo preenchimento da informação por parte do Tomador de Seguro ou da Ent. Empregadora		Nome e assinatura do Tomador de Seguro ou Legal Representante (autenticar com carimbo quando se trate de entidade colectiva)		Carimbo	
Nome:		Nome:			
Data do preenchimento		Assinatura:			