

**DADOS SEGURO**

COMPANHIA \_\_\_\_\_ APÓLICE \_\_\_\_\_ PROCESSO \_\_\_\_\_

**TOMADOR DO SEGURO**

NOME \_\_\_\_\_ RESPONSÁVEL \_\_\_\_\_

NIF \_\_\_\_\_ TELEFONE \_\_\_\_\_ E-MAIL \_\_\_\_\_

**SINISTRADO**

NOME \_\_\_\_\_

MORADA \_\_\_\_\_

CODIGO POSTAL \_\_\_\_\_ LOCALIDADE \_\_\_\_\_

NIF \_\_\_\_\_ TELEFONE \_\_\_\_\_ E-MAIL \_\_\_\_\_

DATA NASCIMENTO \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ DATA DE ADMISSÃO AO SERVIÇO \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

SALÁRIO BASE MENSAL \_\_\_\_\_ € SUBSIDIO ALIMENTAÇÃO \_\_\_\_\_ € OUTRAS REMUNERAÇÕES \_\_\_\_\_ €

PROFISSÃO \_\_\_\_\_ SITUAÇÃO PROFISSIONAL \_\_\_\_

DESDE QUANDO AUFERE O SALÁRIO CITADO \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
1. Trabalhador conta de outrem  
2. Trabalhador conta própria ou empregador

IBAN \_\_\_\_\_ (para efeitos de reembolso)

**DADOS SINISTRO**

DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ HORA \_\_\_\_\_ LOCAL \_\_\_\_\_

DESCRIÇÃO \_\_\_\_\_

PARTE DO CORPO ATINGIDA \_\_\_\_\_ TIPO DE LESÃO \_\_\_\_\_

QUE TAREFA REALIZAVA? \_\_\_\_\_ HABITUALMENTE REALIZADA? SIM  NÃO

ENTIDADE QUE PRESTOU OS PRIMEIROS SOCORROS \_\_\_\_\_

CONSEQUÊNCIA DO SINISTRO: SEM AUSÊNCIA  AUSÊNCIA 1 DIA  AUSÊNCIA SUPERIOR A 1 DIA

**OBSERVAÇÕES**

LOCAL \_\_\_\_\_ ASSINATURA DO TOMADOR \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_