

**PROPOSTA DE SEGURO ACIDENTES TRABALHO  
PARA TRABALHADORES POR CONTA DE OUTREM**

ACEITAÇÃO

DATA

APÓLICE N.º

**LUSITANIA**

Representada por **JOSÉ MATA, LDA.**

Ao preencher esta proposta, deverá utilizar os espaços sombreados ou assinalar com "X"

Seguro **NOVO** - Preencher a totalidade dos quesitos.

**ALTERAÇÃO** - Responder só aos quesitos que altera, sem esquecer a indicação do n.º de apólice, nome do tomador de seguro e data do início pretendida.

Cliente N.º \_\_\_\_\_ Ligação Comerc. C/ Cliente \_\_\_\_\_

**TOMADOR DE SEGURO**

Nome Completo \_\_\_\_\_

Título / Razão Social \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Profissão / Actividade \_\_\_\_\_ N.º Contribuinte \_\_\_\_\_ N.º Bilhete de Identidade \_\_\_\_\_ Data Nascimento / Fundação \_\_\_\_\_

F M

Morada \_\_\_\_\_ Localidade \_\_\_\_\_

Código Postal \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_ Telefone \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

**LOCAL DE COBRANÇA**

Nome \_\_\_\_\_

Morada \_\_\_\_\_

Localidade \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_ Telefone \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

**FORMA DE PAGAMENTO DO PRÉMIO**

Mediador	Anual
Na Tesouraria (c/ aviso)	Semestral
Outra	Trimestral
	Mensal
	Único

**INÍCIO E DURAÇÃO DO CONTRATO**

Data início \_\_\_\_\_ Duração Seguro \_\_\_\_\_ 1 ano a continuar pelos seguintes \_\_\_\_\_ Temporário Por dias \_\_\_\_\_ Termo às 24h de \_\_\_\_\_

Seguro que pretende efectuar: Prémio fixo Prémio variável Por área

**LOCAL DE RISCO (onde normalmente exerce a actividade)**

Concelho \_\_\_\_\_ Morada \_\_\_\_\_ Localidade \_\_\_\_\_

**COBERTURA**

Acidentes de Trabalho \_\_\_\_\_ Acidentes em Serviço \_\_\_\_\_ Capital \_\_\_\_\_ Taxa \_\_\_\_\_ %

**QUESTIONÁRIO TÉCNICO**

Natureza dos trabalhos / Actividade predominante: \_\_\_\_\_ Código de actividade do cartão de pessoa colectiva: \_\_\_\_\_

Algum dos trabalhadores utiliza veículos de 2 rodas? Sim Não ▶ Quantos: \_\_\_\_\_

São utilizados explosivos ou matérias explosivas? Sim Não ▶ Especifique: \_\_\_\_\_

Verifica-se manuseamento de substâncias perigosas? Sim Não ▶ Quais: \_\_\_\_\_

Há licenciamento para as mesmas? (juntar fotocópia) Sim Não ▶ Porquê? \_\_\_\_\_

Emprega força motriz? Sim Não ▼

Tipo de máquina \_\_\_\_\_ Potência \_\_\_\_\_ Quantidade \_\_\_\_\_ N.º Trab. que usam \_\_\_\_\_

São cumpridas as normas de segurança em vigor para a actividade? Sim Não

**RESPOSTAS OBRIGATÓRIAS**

Já esteve seguro? Sim Não Em que Companhia? \_\_\_\_\_

Relativamente ao mesmo seguro, existe qualquer débito por falta de pagamento de prémios ou fracção de prémios? Sim Não

Esta Proposta destina-se a segurar todos os funcionários? Sim Não ▶ Se respondeu não à questão, indique: \_\_\_\_\_

Quais os funcionários que não vão estar seguros? \_\_\_\_\_

Qual o motivo? \_\_\_\_\_

Em que Companhia estão seguros? \_\_\_\_\_

