

PARTICIPAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO

(Área a preencher pelo segurador)

Código do segurador

Nº de identificação do acidente

Ano

Nº de ordem

DADOS DO SEGURADOR OU ENTIDADE EQUIPARADA
1. Nome do segurador
DADOS DO TOMADOR DE SEGURO OU ENTIDADE EMPREGADORA
2. Nº da Apólice 3. Tipo 1. Entidade empregadora privada 2. Trabalhador independente 3. Entidade empregadora pública4. Nome 5. Nº de Identificação Fiscal (NIPC ou NIPS) 6. Endereço da unidade local (estabelecimento) 7. Código postal da unidade local (estabelecimento) - 8. País da unidade local (estabelecimento) 9. Distrito ou Ilha / Município da unidade local (estabelecimento) 10. Telefone / Telemóvel 11. Endereço de correio eletrónico 12. Atividade principal da unidade local (estabelecimento) 13. Total de pessoas ao serviço na empresa 14. Total de pessoas ao serviço na unidade local (estabelecimento) 15. IBAN Tomador de Seguro/Entidade Empregadora

No caso de o sinistrado ser trabalhador de uma empresa de trabalho temporário mas desempenhar funções numa entidade utilizadora dos seus serviços, especifique, em relação a esta última:

16. Nome 17. Nº de Identificação Fiscal (NIPC ou NIPS) 18. Código postal da unidade local (estabelecimento) - 19. Atividade principal da unidade local (estabelecimento)
IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRADO
20. Nome 21. Telefone / Telemóvel 22. Endereço da residência 23. Código postal - 24. País 25. Sexo 1. Masculino 2. Feminino26. Data de nascimento Ano Mês Dia

27. Data de admissão ao serviço

Ano Mês Dia28. Nacionalidade 29. Estado civil legal 1. Solteiro 2. Casado 3. Em união de facto 4. Divorciado 5. Viúvo30. Nº de dependentes a cargo 31. Nº de Identificação Fiscal (NIPS) 32. Nº de Identificação da Segurança Social 33. IBAN do Sinistrado

34. Relação do sinistrado com o tomador de seguro ou com a entidade empregadora

 1. Administrador 2. Gerente 3. Familiar 4. Trabalhador 9. Outro tipo

35. Situação na profissão

-
1. Empregador
-
-
2. Trabalhador por conta própria/trabalhador independente com trabalhadores ao serviço
-
-
3. Trabalhador por conta própria/trabalhador independente sem trabalhadores ao serviço
-
-
4. Trabalhador familiar não remunerado
-
-
5. Trabalhador por conta de outrem (exceto estagiários, aprendizes e praticantes)
-
-
6. Membro ativo de cooperativa de produção
-
-
7. Estagiário ou aprendiz com vínculo à empresa
-
-
8. Praticante com vínculo à empresa
-
-
9. Outra situação

36. Tipo de vínculo à empresa 1. Contrato de trabalho sem termo

PARTICIPAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO

2. Contrato de trabalho com termo certo (excepto trabalho temporário)
 3. Contrato de trabalho com termo incerto (excepto trabalho temporário)
 4. Outros (incluindo trabalho temporário)

37. Período normal de trabalho 1. Tempo completo 2. Tempo parcial

38. Período em que ocorre o acidente

<input type="checkbox"/> 1. Período normal de trabalho diurno	<input type="checkbox"/> 5. Prestação de trabalho por turno noturno
<input type="checkbox"/> 2. Prestação de trabalho suplementar	<input type="checkbox"/> 6. Prestação de trabalho por turno rotativo
<input type="checkbox"/> 3. Prestação de trabalho noturno	<input type="checkbox"/> 7. Intervalo de descanso
<input type="checkbox"/> 4. Prestação de trabalho por turno diurno	<input type="checkbox"/> 8. Fora do tempo de trabalho

39. Nº de horas semanais habitualmente trabalhadas ,

40. Profissão

41. Nº de empregado

42. Departamento onde trabalha

43. Retribuição base € → 44. Periodicidade 1. Mensal 2. Semanal 3. Diária 4. Horária

45. Subsídio de refeição €

46. Outras retribuições (mês) € → 47. Nº de meses

48. Subsídio de Natal € 49. Subsídio de férias € 50. Retribuição líquida €

No caso de se verificar alguma das seguintes situações, indique o montante das retribuições:

51. Se a retribuição não for regular, indique a média mensal dos últimos 12 meses €

52. Se o sinistrado for aprendiz ou tirocinante, indique a retribuição média mensal dos oficiais da mesma categoria €

53. Se o sinistrado for menor de 18 anos e não for aprendiz ou tirocinante, indique a retribuição média mensal dos trabalhadores maiores não qualificados €

54. Desde quando afixa a retribuição citada Ano Mês Dia

PARTICIPAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO**IDENTIFICAÇÃO DO ACIDENTE**

55. Data do acidente	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	56. Hora do acidente	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
	Ano Mês Dia		Horas Minutos	
57. Data e hora em que deixou de trabalhar em consequência do acidente	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
	Ano Mês Dia		Horas Minutos	
58. Onde ocorreu o acidente	<input type="checkbox"/> 1.No estabelecimento <input type="checkbox"/> 2.Em serviço no exterior do estabelecimento e no tempo de trabalho <input type="checkbox"/> 3.No trajeto (isto é, no percurso habitual entre a residência e o local de trabalho ou vice versa)			
59. Em que país	<input type="text"/>			
60. Se ocorreu em Portugal, especifique Distrito ou Ilha / Município	<input type="text"/>			
61. Especifique o local do acidente	<input type="text"/>		62. Dono de obra	<input type="text"/>
	(Morada, ou no caso de seguro agrícola, nome da propriedade)			(nome do dono de obra, no caso de seguro de construção)
63. Quem prestou ou prestará os primeiros socorros	<input type="text"/>			
64. Localidade da prestação dos primeiros socorros	<input type="text"/>			
65. Foi hospitalizado	<input type="checkbox"/> 1.Sim (Se sim, responda à questão 66)			<input type="checkbox"/> 2.Não
66. Em que estabelecimento hospitalar	<input type="text"/>			
67. Nº de vítimas do acidente	<input type="text"/>			
68. Intervenção de meios de transporte	<input type="checkbox"/> 1.Sem intervenção de meios de transporte <input type="checkbox"/> 2.Veículo de duas rodas não motorizado <input type="checkbox"/> 3.Veículo de duas rodas motorizado <input type="checkbox"/> 4.Veículo ligeiro		<input type="checkbox"/> 5.Veículo pesado (mercadorias ou passageiros) <input type="checkbox"/> 6.Veículo de carris (metro, comboio, elétrico) <input type="checkbox"/> 9.Outro meio de transporte (barco, avião, etc.)	
69. Matrícula do veículo em que seguia o sinistrado, se foi acidente de viação	<input type="text"/>			
70. O acidente teve intervenção de terceiros	<input type="checkbox"/> 1.Sim (Se sim, responda às questões 71 a 77)			<input type="checkbox"/> 2.Não
71. Nome	<input type="text"/>			
72. Endereço da residência	<input type="text"/>			
73. Código postal	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	74. País <input type="text"/>
75. Matrícula	<input type="text"/>	76. Segurador	<input type="text"/>	
77. Nº da Apólice	<input type="text"/>			
78. Houve intervenção da autoridade?	<input type="checkbox"/> 1.Sim (Se sim, responda às questões 79 e 80)			<input type="checkbox"/> 2.Não
79. Qual a autoridade	<input type="checkbox"/> 1. PSP <input type="checkbox"/> 2. GNR <input type="checkbox"/> 9. Outra. Especifique <input type="text"/>			
80. Nº da participação à autoridade	<input type="text"/>			
81. Identificação de testemunha	<input type="text"/>	82. Telefone / Telemóvel	<input type="text"/>	
83. Identificação de testemunha	<input type="text"/>	84. Telefone / Telemóvel	<input type="text"/>	

IDENTIFICAÇÃO DO AMBIENTE DE TRABALHO E CIRCUNSTÂNCIAS DO ACIDENTE

85. Descreva pormenorizadamente o acidente	<input type="text"/>			
86. Onde estava o sinistrado no momento do acidente	<input type="text"/>			
	(Por exemplo: Zona industrial, estaleiro, pedra, mina a céu aberto, área agrícola, zona florestal, escritório, escola, local de entretenimento, local de alojamento, estabelecimento de saúde, local público, domicílio, local de atividade desportiva, no ar, em altura, subterrâneo, sobre a água, em meio hiperbárico, etc.)			
87. Qual a natureza principal do trabalho que o sinistrado estava a executar no momento do acidente	<input type="text"/>			
	(Por exemplo: Produção, transformação, tratamento, armazenamento, terraplanagem, construção, conservação, demolição, trabalho agrícola ou florestal, trabalhos prestados às empresas e/ou à pessoa humana, trabalho intelectual, atividade desportiva, atividade artística, etc.)			
88. Que tarefa executava o sinistrado no momento do acidente	<input type="text"/>			
	(Por exemplo: operação de máquina, trabalho com ferramentas de mão, condução ou presença a bordo de um meio de transporte, manipulação de objetos, transporte manual, em movimento, presença, etc.)			
89. Que materiais e/ou objetos manipulava o sinistrado nesse momento	<input type="text"/>			
	(Por exemplo: porta, telhado, andaime, fossa, canos, motor, serra, x-ato, martelo, prego, faca elétrica, seringa, debulhadora, ceifeira, trator, grua, palete, veículo pesado ou ligeiro, náutico, chassis, matérias inflamáveis, animal, etc.)			
90. Que acontecimentos estiveram na origem do acidente (o que aconteceu de errado, desviante do normal)	<input type="text"/>			
	(Por exemplo: um problema elétrico, explosão, incêndio, derrubamento, transbordo, fuga, escoamento, rutura, arrombamento, rebentamento, resvalamento, queda, perda total ou parcial do controlo de máquina ou meio de transporte, escorregamento ou hesitação com queda, movimento do corpo não sujeito a constrangimento físico, movimento do corpo sujeito a constrangimento físico, susto, violência, agressão, ameaça, presença, etc.)			
91. Que materiais e/ou objetos estiveram associados ao acontecimento que esteve na origem do acidente	<input type="text"/>			
	(Ver exemplos da Questão 89)			
92. Que acontecimentos conduziram à lesão (modo como a vítima foi lesionada, contacto)	<input type="text"/>			

PARTICIPAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO

(Por exemplo: contacto com corrente elétrica, temperatura, substância perigosa, afogamento, soterramento, envolvimento por gases, esmagamento em movimento vertical ou horizontal, sobre ou contra um objeto imóvel, pancada por objeto em movimento, colisão com, contacto com agente material cortante, perfurante ou áspero, entalção esmagamento, estrangimento físico do corpo ou psíquico, mordedura, pontapé, cabeçada, estrangulamento, etc.)

93. Que materiais e/ou objetos estiveram associados ao acontecimento que conduziu à lesão _____
(Ver exemplos da Questão 89)
94. A tarefa descrita é ... 1. Tarefa habitualmente exercida 2. Tarefa ocasionalmente exercida 9. Outra situação
95. Posto de trabalho 1. Local habitual 2. Local ocasional 9. Outro
96. Nº de horas executadas ininterruptamente até ao momento do acidente
97. Nº total de horas executadas até ao momento do acidente

IDENTIFICAÇÃO DAS CONSEQUÊNCIAS DO ACIDENTE

98. O acidente teve apenas consequências materiais? 1. Sim 2. Não (Se não, responda às questões 99 e 101)
99. Natureza da lesão _____
(Por exemplo: Feridas ou lesões superficiais, fratura, deslocação, entorse ou distensão, amputação, concussão ou lesão interna, queimadura, congelação, envenenamento, infeção, afogamento, asfixia, efeitos de ruído, vibrações ou pressão, efeitos de temperaturas extremas, luz ou radiações, choque elétrico, agressão, lesões múltiplas, só danos materiais, outras)
100. Parte do corpo atingida _____
(Por exemplo: Cabeça, Pescoço, Costas, Tórax e órgãos torácicos, extremidades superiores, extremidades inferiores, corpo inteiro ou partes múltiplas do corpo, outras partes do corpo não especificadas)
101. Consequências do acidente à data da declaração 1. Não mortal 2. Mortal

IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL PELA PARTICIPAÇÃO

102. Nome _____
103. Data de preenchimento 104. Assinatura _____
Ano Mês Dia

IDENTIFICAÇÃO COMPLEMENTAR

DA RESPONSABILIDADE DE CADA SEGURADOR