

PARTICIPAÇÃO DE SINISTRO ACIDENTES DE TRABALHO

Apólice Nº _____ 1. Nº Identificação Ent. Seguradora: 1097 2. Nº Identificação do Acidente: _____

IDENTIFICAÇÃO DO TOMADOR DO SEGURO OU ENTIDADE EMPREGADORA

3. Nome: _____ Cliente Nº _____
4. Nº de Pessoa Colectiva: _____ 5. Nº de Pessoas ao Serviço da Entidade Empregadora: _____
6. Endereço da Empresa: _____
Código Postal: _____ - _____ Concelho: _____ Distrito: _____
Telefone: _____ 7. Actividade Principal da Empresa: _____

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRADO

8. Nome: _____ 9. Nacionalidade: _____
10. Residência: _____ Código Postal: _____ - _____
11. Naturalidade: Freguesia: _____ Concelho: _____ 12. Sexo: M F
13. Data de Nascimento: ____-____-____ 14. Nº B.I.: _____ 15. Data Admissão Serviço: ____-____-____
16. Estado Civil: _____ 17. Tem Dependentes a Cargo? Sim Não
18. Se é Administrador, Gerente ou Familiar do Tomador do Seguro, indique qual: _____
19. Situação Profissional:
1. Trabalhador por Conta de Outrem 2. Trabalhador por Conta Própria ou Empregador 3. Estagiário
4. Familiar não Remunerado 5. Praticante/Aprendiz 6. Outra Situação Especifique: _____
20. Horário praticado pelo Sinistrado:
1. Em período normal 2. Em turno rotativo 3. Outro horário
21. Profissão: _____ C.A.E. _____
22. Salários, assinale a periodicidade de pagamento e indique o montante em cada situação:
Salário Base € _____, _____ Mensal Diário Horário Subsídio Alimentação/Mês € _____, _____
Subsídio Férias € _____, _____ Outras Remunerações/Mês € _____, _____ Nº Meses/Ano _____
Subsídio Natal _____, _____ Salário Líquido _____, _____
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 (de 18 anos) e não for aprendiz ou tirocinante, indique o salário médio de trabalhador maior N/ qual: € _____, _____
24. Desde quando aufero o salário citado: Ano _____ Mês _____ Dia _____

DADOS DO ACIDENTE

25. Data e Hora do Acidente: Ano _____ Mês _____ Dia _____ Hora _____:_____

26. Data e Hora em que deixou de trabalhar em consequência do Acidente: Ano _____ Mês _____ Dia _____ Hora _____:_____

27. Se o Acidente não ocorreu na propriedade, indique o nome: _____

1. Em trabalhos fora _____

2. No trajecto residência propriedade ou vice-versa _____

28. Quem prestou os primeiros socorros: _____ Localidade: _____

29. Ficou hospitalizado? Sim Não 30. Se Sim, em que Estabelecimento Hospitalar: _____

31. Número total de vítimas do acidente _____

32. O acidente foi de viação? Sim Não 33. Foi veículo motorizado de 2 Rodas? Sim Não

34. Se respondeu Sim à questão 32, e se o acidente foi da responsabilidade de terceiros, indique:
 Nome/Morada/Matrícula/Apólice/Seguradora/se há ou não auto-de-ocorrência: _____

TIPO E AMBIENTE DE TRABALHO

35. Que tipo de trabalho estava o sinistrado a fazer no momento do acidente (ex: colheitas, vindimas, etc.) _____	35. Tipo de Trabalho _____
36. Onde estava o sinistrado no momento do acidente (ex: no interior de um edifício, 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, máquina, etc.) _____ _____ _____	37.1. Actividade da Vítima _____
	37.2. Item assoc. à actividade _____
	37.3. Acção de desvio _____
	37.4. Item assoc. à Acção desvio _____
38. Indique o objecto próximo que conduziu à lesão, que provocou o acidente: _____	
39. Descreva a tarefa que o sinistrado executava no momento do acidente: _____ _____	38.1. Acção que conduziu lesão _____
	38.2. Agente da lesão _____
40. Assinale a situação correspondente à tarefa descrita: 1. A habitualmente exercida <input type="checkbox"/> 2. Ocasionalmente exercida <input type="checkbox"/> 3. Outra situação <input type="checkbox"/>	
41. Indique o número de horas executadas até ao momento do acidente: 1. De forma ininterrupta _____ 2. Total _____	

DETALHES DA LESÃO

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

CONSEQUÊNCIAS DO ACIDENTE À DATA DA DECLARAÇÃO

44. Sem Ausência/Ausência <1 dia <input type="checkbox"/> Ausência de 1 a 3 dias <input type="checkbox"/> Ausência de 4 a 14 dias <input type="checkbox"/> Ausência > 14 dias <input type="checkbox"/> Incapacidade Permanente <input type="checkbox"/> Morte <input type="checkbox"/>

Nome e assinatura do Segurado ou Representante: Nome do responsável pelo preenchimento por parte do Segurado ou Seguradora:
