ANEXO I

VICTORIA
Uma empresa do Grupo Segurador SMA

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 pública
4. 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.Feminino
26. Data de nascimento Ano Mês Dia
27. Data de admissão ao serviço Ano Mês Dia
28. Nacionalidade
29. Estado civil legal ☐ 1.Solteiro ☐ 2.Casado ☐ 3.Em união de facto ☐ 4.Divorciado ☐ 5.Viúvo
30. 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

ANEXO I

VICTORIA
Uma empresa do Grupo Segurador SMA

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
☐ 1.Período normal de trabalho diurno
☐ 2.Prestação de trabalho suplementar
☐ 3.Prestação de trabalho noturno
☐ 4.Prestação de trabalho por turno diurno
☐ 5.Prestação de trabalho por turno noturno
☐ 6.Prestação de trabalho por turno rotativo
☐ 7.Intervalo de descanso
☐ 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 aufere a retribuição citada ___ Ano ___ Mês ___ Dia

ANEXO I

VICTORIA
Uma empresa do Grupo Segurador SMA

PARTICIPAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO

IDENTIFICAÇÃO DO ACIDENTE

55. Data do acidente (Ano / Mês / Dia) 56. Hora do acidente (Horas / Minutos)

57. Data e hora em que deixou de trabalhar em consequência do acidente (Ano / Mês / Dia) (Horas / Minutos)

58. Onde ocorreu o acidente
- 1.No estabelecimento
- 2.Em serviço no exterior do estabelecimento e no tempo de trabalho
- 3.No trajeto (isto é, no percurso habitual entre a residência e o local de trabalho ou vice versa)

59. Em que país

60. Se ocorreu em Portugal, especifique Distrito ou Ilha / Município

61. Especifique o local do acidente (Morada, ou no caso de seguro agrícola, nome da propriedade) 62. Dono de obra (nome do dono de obra, no caso de seguro de construção)

63. Quem prestou ou prestará os primeiros socorros

64. Localidade da prestação dos primeiros socorros

65. Foi hospitalizado 1.Sim (Se sim, responda à questão 66) 2.Não

66. Em que estabelecimento hospitalar

67. Nº de vítimas do acidente

68. Intervenção de meios de transporte
- 1.Sem intervenção de meios de transporte
- 2.Veículo de duas rodas não motorizado
- 3.Veículo de duas rodas motorizado
- 4.Veículo ligeiro
- 5.Veículo pesado (mercadorias ou passageiros)
- 6.Veículo de carris (metro, comboio, elétrico)
- 9.Outro meio de transporte (barco, avião, etc.)

69. Matrícula do veículo em que seguia o sinistrado, se foi acidente de viação

70. O acidente teve intervenção de terceiros 1.Sim (Se sim, responda às questões 71 a 77) 2.Não

71. Nome

72. Endereço da residência

73. Código postal - 74. País

75. Matrícula 76. Segurador

77. Nº da Apólice

78. Houve intervenção da autoridade? 1.Sim (Se sim, responda às questões 79 e 80) 2.Não

79. Qual a autoridade 1. PSP 2. GNR 9. Outra. Especifique

80. Nº da participação à autoridade /

81. Identificação de testemunha 82. Telefone / Telemóvel

83. Identificação de testemunha 84. Telefone / Telemóvel

IDENTIFICAÇÃO DO AMBIENTE DE TRABALHO E CIRCUNSTÂNCIAS DO ACIDENTE

85. Descreva pormenorizadamente o acidente

86. Onde estava o sinistrado no momento do acidente
(Por exemplo: Zona industrial, estaleiro, pedreira, mina a céu aberto, área agricola, 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
(Por exemplo: Produção, transformação, tratamento, armazenamento, terraplanagem, construção, conservação, demolição, trabalho agrícola ou florestal, trabalhos prestados ás empresas e/ou à pessoa humana, trabalho intelectual, atividade desportiva, atividade artística, etc.)

88. Que tarefa executava o sinistrado no momento do acidente
(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
(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, naútico, chassis, matérias inflamáveis, animal, etc.)

90. Que acontecimentos estiveram na origem do acidente (o que aconteceu de errado, desviante do normal)
(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
(Ver exemplos da Questão 89)

92. Que acontecimentos conduziram à lesão (modo como a vítima foi lesionada, contacto)

ANEXO I

VICTORIA
Uma empresa do Grupo Segurador SMA

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, entalação esmagamento, constrangimento físico do corpo ou psiquico, 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 orgãos 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 Ano Mês Dia

104. Assinatura

IDENTIFICAÇÃO COMPLEMENTAR

DA RESPONSABILIDADE DE CADA SEGURADOR