

**IMPORTANTE:**

Nos termos do decreto-lei n.º 106/2017, de 29 de agosto, este formulário de participação destina-se exclusivamente a entidades empregadoras com menos de 10 colaboradores e cuja faturação não exceda 2.000.000 €, a trabalhadores independentes, e a trabalhadores de serviços domésticos.

As restantes entidades empregadoras estão obrigadas à realização de participação por via eletrónica, disponível na área de cliente myfidelidade empresas, em fidelidade.pt

Depois de totalmente preenchida e assinada pelo tomador do seguro, a participação deverá ser enviada ao segurador, no prazo de 24 horas após a tomada de conhecimento do acidente de trabalho.

**ÁREA A PREENCHER PELO SEGURADOR**

CÓDIGO DO SEGURADOR

Nº DE IDENTIFICAÇÃO DO ACIDENTE

### DADOS DO SEGURADOR OU ENTIDADE EQUIPARADA

1. NOME DO SEGURADOR **FIDELIDADE - COMPANHIA DE SEGUROS, S.A.**

### DADOS DO TOMADOR DO SEGURO OU ENTIDADE EMPREGADORA

2. Nº DA APÓLICE

3. TIPO  ENTIDADE EMPREGADORA PRIVADA  TRABALHADOR INDEPENDENTE  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  MASCULINO  FEMININO

26. DATA DE NASCIMENTO         27. DATA DE ADMISSÃO AO SERVIÇO

28. NACIONALIDADE

29. ESTADO CIVIL LEGAL  SOLTEIRO  CASADO  EM UNIÃO DE FACTO  DIVORCIADO  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

ADMINISTRADOR  GERENTE  FAMILIAR  TRABALHADOR  OUTRO TIPO

LINHA ACIDENTES - 808 23 23 23

E-MAIL ACIDENTES - sinistro.at@fidelidade.pt

35. SITUAÇÃO NA PROFISSÃO

- EMPREGADOR  
 TRABALHADOR POR CONTA PRÓPRIA / TRABALHADOR INDEPENDENTE COM TRABALHADORES AO SERVIÇO  
 TRABALHADOR POR CONTA PRÓPRIA / TRABALHADOR INDEPENDENTE SEM TRABALHADORES AO SERVIÇO  
 TRABALHADOR FAMILIAR NÃO REMUNERADO  
 TRABALHADOR POR CONTA DE OUTRÉM (EXCETO ESTAGIÁRIOS, APRENDIZES E PRATICANTES)
- MEMBRO ATIVO DE COOPERATIVA DE PRODUÇÃO  
 ESTAGIÁRIO OU APRENDIZ COM VÍNCULO À EMPRESA  
 PRATICANTE COM VÍNCULO À EMPRESA  
 OUTRA SITUAÇÃO

36. TIPO DE VÍNCULO À EMPRESA

- CONTRATO DE TRABALHO SEM TERMO  
 CONTRATO DE TRABALHO COM TERMO CERTO (EXCETO TRABALHO TEMPORÁRIO)  
 CONTRATO DE TRABALHO COM TERMO INCERTO (EXCETO TRABALHO TEMPORÁRIO)  
 OUTROS (INCLUINDO TRABALHO TEMPORÁRIO)

37. PERÍODO NORMAL DE TRABALHO

- TEMPO COMPLETO  
 TEMPO PARCIAL

38. PERÍODO EM QUE OCORRE O ACIDENTE

- PERÍODO NORMAL DE TRABALHO DIURNO  
 PRESTAÇÃO DE TRABALHO SUPLEMENTAR  
 PRESTAÇÃO DE TRABALHO NOTURNO  
 PRESTAÇÃO DE TRABALHO POR TURNO DIURNO  
 PRESTAÇÃO DE TRABALHO POR TURNO NOTURNO  
 PRESTAÇÃO DE TRABALHO POR TURNO ROTATIVO  
 INTERVALO DE DESCANSO  
 FORA DO TEMPO DE TRABALHO

39. Nº DE HORAS SEMANAIS HABITUALMENTE TRABALHADAS  HORA :  MIN.

40. PROFISSÃO \_\_\_\_\_

41. Nº DE EMPREGADO

42. DEPARTAMENTO ONDE TRABALHA \_\_\_\_\_

43. RETRIBUIÇÃO BASE  €

44. PERIODICIDADE  MENSAL  SEMANAL  DIÁRIA  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 SEGUINTE SITUACÕES, 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?  D  D  M  M  A  A  A  A

## IDENTIFICAÇÃO DO ACIDENTE

55. DATA DO ACIDENTE  D  D  M  M  A  A  A  A

56. HORA DO ACIDENTE  HORA :  MIN.

57. DATA E HORA EM QUE DEIXOU DE TRABALHAR EM CONSEQUÊNCIA DO ACIDENTE  D  D  M  M  A  A  A  A  HORA :  MIN.

58. ONDE OCORREU O ACIDENTE?

- NO ESTABELECIMENTO  
 EM SERVIÇO NO EXTERIOR DO ESTABELECIMENTO E NO TEMPO DE TRABALHO  
 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?  SIM (Responda à Questão 66)  NÃO (Passe para a Questão 67)

66. EM QUE ESTABELECIMENTO HOSPITALAR? \_\_\_\_\_

67. Nº DE VÍTIMAS DO ACIDENTE

68. INTERVENÇÃO DE MEIOS DE TRANSPORTE

- SEM INTERVENÇÃO DE MEIOS DE TRANSPORTE  
 VEÍCULO DE DUAS RODAS NÃO MOTORIZADO  
 VEÍCULO DE DUAS RODAS MOTORIZADO  
 VEÍCULO LIGEIRO  
 VEÍCULO PESADO (MERCADORIAS OU PASSAGEIROS)  
 VEÍCULO DE CARRIS (METRO, COMBOIO, ELÉTRICO)  
 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?  SIM (Responda às Questões 71 a 77)  NÃO (Passe para a Questão 78)
71. NOME \_\_\_\_\_
72. ENDEREÇO DA RESIDÊNCIA \_\_\_\_\_
73. CÓDIGO POSTAL  -  \_\_\_\_\_ 74. PAÍS \_\_\_\_\_
75. MATRÍCULA  76. SEGURADOR \_\_\_\_\_
77. N.º DA APÓLICE
78. HOUVE INTERVENÇÃO DA AUTORIDADE?  SIM (Responda às Questões 79 e 80)  NÃO (Passe para a Questão 81)
79. QUAL A AUTORIDADE?  PSP  GNR  OUTRA. ESPECIFIQUE \_\_\_\_\_
80. N.º 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?
87. QUAL A NATUREZA PRINCIPAL DO TRABALHO QUE O SINISTRADO ESTAVA A EXECUTAR NO MOMENTO DO ACIDENTE?
88. QUE TAREFA EXECUTAVA O SINISTRADO NO MOMENTO DO ACIDENTE?
89. QUE MATERIAIS E/OU OBJETOS MANIPULAVA O SINISTRADO NESSE MOMENTO?
90. QUE ACONTECIMENTOS ESTIVERAM NA ORIGEM DO ACIDENTE (O QUE ACONTECEU DE ERRADO, DESVIANTE DO NORMAL)?
91. QUE MATERIAIS E/OU OBJETOS ESTIVERAM ASSOCIADOS AO ACONTECIMENTO QUE ESTEVE NA ORIGEM DO ACIDENTE?
92. QUE ACONTECIMENTOS CONDUZIRAM À LESÃO (MODO COMO A VÍTIMA FOI LESIONADA, CONTACTO)?
93. QUE MATERIAIS E/OU OBJETOS ESTIVERAM ASSOCIADOS AO ACONTECIMENTO QUE CONDUZIU À LESÃO?
94. A TAREFA DESCRITA É ...  TAREFA HABITUALMENTE EXERCIDA  TAREFA OCASIONALMENTE EXERCIDA  OUTRA SITUAÇÃO
95. POSTO DE TRABALHO  LOCAL HABITUAL  LOCAL OCASIONAL  OUTRO
96. N.º DE HORAS EXECUTADAS ININTERRUPTAMENTE ATÉ AO MOMENTO DO ACIDENTE
97. N.º TOTAL DE HORAS EXECUTADAS ATÉ AO MOMENTO DO ACIDENTE

## IDENTIFICAÇÃO DAS CONSEQUÊNCIAS DO ACIDENTE

98. O ACIDENTE TEVE APENAS CONSEQUÊNCIAS MATERIAIS?  SIM  NÃO (Responda às Questões 99 a 101)
99. NATUREZA DA LESÃO
100. PARTE DO CORPO ATINGIDA
101. CONSEQUÊNCIAS DO ACIDENTE À DATA DA DECLARAÇÃO  NÃO MORTAL  MORTAL

## IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL PELA PARTICIPAÇÃO

LOCAL E DATA DE PREENCHIMENTO

NOME E ASSINATURA DO TOMADOR DE SEGURO OU REPRESENTANTE LEGAL

RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO DA INFORMAÇÃO POR PARTE DO TOMADOR DE SEGURO OU ENTIDADE EMPREGADORA