

(ÁREA A PREENCHER PELO SEGURADOR)

CÓDIGO DO SEGURADOR

N.º IDENTIFICAÇÃO DO ACIDENTE Ano Nº de Ordem

DADOS DO SEGURADOR OU ENTIDADE EQUIPARADA

1. NOME DO SEGURADOR

TOMADOR DO 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 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 NASCIMENTOS 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. 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 OUTRÉM (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
☐ 2. CONTRATO DE TRABALHO COM TERMO CERTO (EXCETO TRABALHO TEMPORÁRIO)
☐ 3. CONTRATO DE TRABALHO COM TERMO INCERTO (EXCETO 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 ☐ 5. PRESTAÇÃO DE TRABALHO POR TURNO NOTURNO
☐ 2. PRESTAÇÃO DE TRABALHO SUPLEMENTAR ☐ 6. PRESTAÇÃO DE TRABALHO POR TURNO ROTATIVO
☐ 3. PRESTAÇÃO DE TRABALHO NOTURNO ☐ 7. INTERVALO DE DESCANSO
☐ 4. PRESTAÇÃO DE TRABALHO POR TURNO DIURNO ☐ 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 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 Ano Mês Dia

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 DA OBRA (nome do dono da 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

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)
☐ 7. 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

71. NOME

72. ENDEREÇO DA RESIDÊNCIA

73. CÓDIGO POSTAL - 74. PAÍS

75. MATRÍCULA

76. SEGURADOR

77. Nº DA APÓLICE

