FIDELIDADE
SEGUROS DESDE 1808

FIDELIDADE

PARTICIPAÇÃO DE SINISTRO ACIDENTES DE TRABALHO

PREENCHER A CANETA PRETA

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 1 0 1 1

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 D D M M A A A A
27. DATA DE ADMISSÃO AO SERVIÇO D D M M A A A A
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

novembro 2017

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 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? 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. Nº 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. 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?

Selecione

87. QUAL A NATUREZA PRINCIPAL DO TRABALHO QUE O SINISTRADO ESTAVA A EXECUTAR NO MOMENTO DO ACIDENTE?

Selecione

88. QUE TAREFA EXECUTAVA O SINISTRADO NO MOMENTO DO ACIDENTE?

Selecione

89. QUE MATERIAIS E/OU OBJETOS MANIPULAVA O SINISTRADO NESSE MOMENTO?

Selecione

90. QUE ACONTECIMENTOS ESTIVERAM NA ORIGEM DO ACIDENTE (O QUE ACONTECEU DE ERRADO, DESVIANTE DO NORMAL)?

Selecione

91. QUE MATERIAIS E/OU OBJETOS ESTIVERAM ASSOCIADOS AO ACONTECIMENTO QUE ESTEVE NA ORIGEM DO ACIDENTE?

Selecione

92. QUE ACONTECIMENTOS CONDUZIRAM À LESÃO (MODO COMO A VÍTIMA FOI LESIONADA, CONTACTO)?

Selecione

93. QUE MATERIAIS E/OU OBJETOS ESTIVERAM ASSOCIADOS AO ACONTECIMENTO QUE CONDUZIU À LESÃO?

Selecione

94. A TAREFA DESCRITA É ... ☐ TAREFA HABITUALMENTE EXERCIDA ☐ TAREFA OCASIONALMENTE EXERCIDA ☐ OUTRA SITUAÇÃO

95. POSTO DE TRABALHO ☐ LOCAL HABITUAL ☐ LOCAL OCASIONAL ☐ 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? ☐ SIM ☐ NÃO (Responda às Questões 99 a 101)

99. NATUREZA DA LESÃO

Selecione

100. PARTE DO CORPO ATINGIDA

Selecione

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