

PARTICIPAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO

Todos os campos são de preenchimento obrigatório

GENERALI

ÁREA A PREENCHER PELO SEGURADOR
CÓDIGO DO SEGURADOR 1 1 9 4 Nº DE IDENTIFICAÇÃO DO ACIDENTE
DADOS DO SEGURADOR OU ENTIDADE EQUIPARADA
1. Nome do segurador GENERALI - COMPANHIA DE SEGUROS, SA
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. N° 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) Selecione
9. Distrito ou Ilha / Município da unidade local (estabelecimento) Selecione
10. Telefone Telemóvel
11. Endereço de correio eletrónico
12. Atividade principal da unidade local (estabelecimento) Selecione
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) Selecione
IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRADO
20. Nome aaaaaaaaa
21. Telefone Telemóvel
22. Endereço de correio eletrónico
23. Endereço da residência
24. Código postal
25. País Selecione
26. Sexo 1. Masculino 2. Feminino
27. Data de nascimento Ano Mês Dia 28. Data de admissão ao serviço Ano Mês Dia
29. Nacionalidade Selecione
30. Estado civil legal 1. Solteiro 2. Casado 3. Em união de facto 4. Divorciado 5. Viúvo
31. N° de dependentes a cargo
32. N° de Identificação Fiscal

33. Nº de Identificação da Segurança Social
34. IBAN do Sinistrado
35. Relação do sinistrado com o tomador de seguro ou com a entidade empregadora
1. Administrador 2. Gerente 3. Familiar 4. Trabalhador 5. Outro tipo
36. 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
37. Tipo de vínculo à empresa
 1. Contrato de trabalho sem termo 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)
38. Período normal de trabalho 1. Tempo completo 2. Tempo parcial
39. 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
40. Nº de horas semanais habitualmente trabalhadas , ,
41. Profissão Selecione
42. N° de empregado
43. Departamento onde trabalha
44. Retribuição base
46. Subsídio de refeição , , , , , , , , , , , , , , , , , , ,
47. Outras retribuições (mês) ,
49. Subsídio de Natal , , , , , , , , , , , , , , , , , , ,
51. Retribuição líquida ,
No caso de se verificar alguma das seguintes situações, indique o montante das retribuições:
52. Se a retribuição não for regular, indique a média mensal dos últimos 12 meses
53. Se o sinistrado for aprendiz ou tirocinante, indique a retribuição média mensal dos oficiais da mesma categoria ,
54. Se o sinistrado for menor de 18 anos e não for aprendiz ou tirocinante, indique a retribuição média mensal dos trabalhadores maiores não qualificados. €
55. Desde quando aufere a retribuição citada Ano Mês Dia
IDENTIFICAÇÃO DO ACIDENTE
56. Data do acidente 57. Hora do acidente Horas Minutos
58. Data e hora em que deixou de trabalhar em consequência do acidente Ano Mês Dia Horas Minutos
 59. 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)
60. Em que país Selecione
61. Se ocorreu em Portugal, especifique Distrito ou Ilha / Município Selecione
62. Especifique o local do acidente 63. Dono de obra
(morada, ou no caso de seguro agrícola, nome da propriedade) (nome do dono de obra, no caso de seguro de construção)

64. Quem prestou ou prestará os primeiros socorros
65. Localidade da prestação dos primeiros socorros
66. Foi hospitalizado 1. Sim (Se sim, responda à questão 67) 2. Não
67. Em que estabelecimento hospitalar
68. N° de vítimas do acidente
69. 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.)
70. Matrícula do veículo em que seguia o sinistrado, se foi acidente de viação
71. O acidente teve intervenção de terceiros?
72. Nome
73. Endereço da residência
74. Código postal 75. País 75. País
76. Matrícula 77. Segurador
78. N° da Apólice
79. Houve intervenção da autoridade? 1. Sim (Se sim, responda às questões 80 e 81) 2. Não
80. Qual a autoridade 1. PSP 2. GNR 3. Outra. Especifique
81. Nº da participação à autoridade / /
82. Identificação de testemunha
83. Telefone Telemóvel
84. Identificação de testemunha
85. Telefone Telemóvel
IDENTIFICAÇÃO DO AMBIENTE DE TRABALHO E CIRCUNSTÂNCIAS DO ACIDENTE
86. Descreva pormenorizadamente o acidente
87. Onde estava o sinistrado no momento do acidente? Selecione
88. Qual a natureza principal do trabalho que o sinistrado estava a executar no momento do acidente?
Selecione
89. Que tarefa executava o sinistrado no momento do acidente?
Selecione
90. Que materiais e/ou objetos manipulava o sinistrado nesse momento? Selecione
91. Que acontecimentos estiveram na origem do acidente (o que aconteceu de errado, desviante do normal)?
Selecione
92. Que materiais e/ou objetos estiveram associados ao acontecimento que esteve na origem do acidente?
Selecione
93. Que acontecimentos conduziram à lesão (modo como a vítima foi lesionada, contacto)?
Selecione
94. Que materiais e/ou objetos estiveram associados ao acontecimento que conduziu à lesão?
Selecione

95. A tarefa descrita é 1. Tarefa habitualmente exercida 2. Tarefa ocasionalmente exercida 3. Outra situação
96. Posto de trabalho 1. Local habitual 2. Local ocasional 3. Outro
97. Nº de horas executadas ininterruptamente até ao momento do acidente
98. Nº total de horas executadas até ao momento do acidente
IDENTIFICAÇÃO DAS CONSEQUÊNCIAS DO ACIDENTE
99. O acidente teve apenas consequências materiais? 1. Sim 2. Não (Se não, responda às questões 100 e 102)
100. Natureza da lesão
Selecione
101. Parte do corpo atingida
Selecione
102. Consequências do acidente à data da declaração 1. Não mortal 2. Mortal
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL PELA PARTICIPAÇÃO
103. Nome
104. Data de preenchimento Ano Mês Dia 105. Local de Preenchimento
106. Nome e assinatura do tomador de seguro ou representante legal
107. Responsável pelo preenchimento da informação por parte do tomador de seguro ou entidade empregadora