

Participação de Acidente A enviar à Allianz Portugal no prazo de 24 horas

Preenchimento integral a cargo do Tomador de Seguro Art.º 7.º Do Dec.-Lei 362/93 de 15 de Outubro

Não preencher nas zonas sombreadas - ver instruções no verso

1. Identificação da entidade seguradora	1	0	2	8
2. Identificação do acidente	Ano da ocorrência		Nº ordem	
Apólice	Ramo			

Identificação do Tomador de Seguro

3. Nome	4. Nº P. colectiva		
5. Nº pessoas ao serviço da ent. empregadora	6. Endereço do estabelecimento		
Código postal	Distrito		
Concelho	Telefone	6.	
7. Actividade principal do estabelecimento	7.		

Identificação do Sinistrado

8. Nome	9. Nacionalidade		9.
10. Residência			
Código postal	11. Naturalidade		
Freguesia	Concelho	12. Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
13. Data nascimento - ano/mês/dia	14. B. I.	15. Data admissão ao serviço - ano/mês/dia	
16. Estado civil	17. Tem dependentes a cargo? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
18. Se é administrador, gerente ou familiar do segurado indique qual:			
19. Situação profissional <input type="checkbox"/> 1. Trabalhador por conta de outrém <input type="checkbox"/> 2. Trabalhador por conta própria ou empregador <input type="checkbox"/> 3. Familiar não remunerado <input type="checkbox"/> 4. Estagiário <input type="checkbox"/> 5. Praticante / aprendiz <input type="checkbox"/> 6. Outra situação Especifique:			
20. Horário praticado pelo sinistrado no momento do acidente: <input type="checkbox"/> 1. Em período normal <input type="checkbox"/> 2. Em turno fixo <input type="checkbox"/> 3. Em turno rotativo <input type="checkbox"/> 4. Outro horário			
21. Profissão			21.
22. Salários - assinale a periodicidade de pagamento e indique o montante em cada situação: Salário base € <input type="checkbox"/> Mensal <input type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> Horário			
Subsídio alimentação/mês €	Outras remunerações/mês €	Nº meses/ano	
Subsídio de férias €	Subsídio de natal €	Salário líquido €	
23. No caso de se verificar alguma das seguintes situações, indique o montante de salários			
Se o salário não for regular, indique a média dos últimos 12 meses			€
Se o sinistrado for aprendiz ou tirocinante, indique o salário médio dos oficiais da mesma categoria			€
Se o sinistrado for menor (de 18 anos) e não for aprendiz ou tirocinante, indique o salário médio de trabalhador maior não qualificado			€
24. Desde quando aufero o citado salário			
ano		mês	dia

Identificação do Acidente

25. Data e hora do acidente - ano/mês/dia	Hora - das 0 às 24		
26. Data e hora em que deixou de trabalhar em consequência do acidente - ano/mês/dia	Hora - das 0 às 24		
27. Se o acidente não ocorreu no estabelecimento onde habitualmente trabalha, indique: <input type="checkbox"/> 1. Em serviço no exterior <input type="checkbox"/> 2. No trajecto residência trabalho ou vice versa <input type="checkbox"/> 3. Outro, especifique			
3. Local (Nome da propriedade - caso de seguro agrícola)	Freguesia	Concelho	
28. Quem prestou os primeiros socorros:	Localidade	29. Ficou hospitalizado? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
30. Em caso afirmativo indique estabelecimento hospitalar:		31. Nº total de vítimas do acidente:	
32. O acidente foi de viação? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		33. O sinistrado deslocava-se em veículo motorizado de 2 rodas? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
34. Se respondeu Sim à questão 32., e se o acidente foi da responsabilidade de terceiros, indique:			
Nome do responsável			
Morada do responsável			
Matrícula do veículo		Nº de apólice	Seguradora
34. 1. Se houve intervenção de autoridade, especifique:			

Tipo e Ambiente de Trabalho

35. Que tipo de trabalho estava o sinistrado a fazer no momento do acidente (ex: trabalho em ferro fundido, nas colheitas, matadouros...)	35. Tipo de trabalho
36. Onde estava o sinistrado no momento do acidente (ex: oficinas, escadas, estaleiros, andaimes)	36. Ambiente de trabalho

Circunstâncias do Acidente

37. Descreva pormenorizadamente o acidente mencionando designadamente os acontecimentos que lhe deram origem e também os acontecimentos que conduziram à lesão, mencionando as substâncias, os equipamentos, ferramentas que usava (tipo de ferramenta, máquina, etc.)	37. 1. Actividade da vítima
	37. 2. Item assoc. actividade
	37. 3. Acção de desvio
	37. 4. Item assoc. acção desvio
38. Indique o objecto próximo que provocou o acidente e conduziu à lesão	38. 1. Acção que conduziu à lesão
	38. 2. Agente da lesão
39. Descreva a tarefa que o sinistrado executava no momento do acidente (ver instruções no verso)	
40. Assinale a situação correspondente à tarefa descrita: <input type="checkbox"/> 1. A habitualmente executada <input type="checkbox"/> 2. A ocasionalmente exercida <input type="checkbox"/> 3. Outra situação	
41. Indique o nº de horas executadas até ao momento do acidente: 1. De forma ininterrupta (sem intervalo) 2. Total já executadas	

Detalhes da Lesão

42. Indique conforme instruções: Natureza da lesão	42.	43. Parte do corpo atingida	43.
--	-----	-----------------------------	-----

Consequências do Acidente à Data da Declaração

44. <input type="checkbox"/> Sem ausência/Ausência menor que 1 dia	<input type="checkbox"/> Ausência de 1 a 3 dias	<input type="checkbox"/> Ausência esperada de 4 a 14 dias
<input type="checkbox"/> Ausência esperada de mais de 14 dias	<input type="checkbox"/> Incapacidade permanente previsível	<input type="checkbox"/> Morte

Nome e assinatura do Tomador de Seguro ou Legal Representante	Nome do Responsável pelo preenchimento da informação por parte do Tomador de Seguro	Data de preenchimento