



Av. Fontes Pereira de Melo, 6 - 11º 1069-001 LISBOA
 Tel. 808 243 000 Fax 213 553 300
 www.libertyseguros.pt

Participação de Acidente - Acidentes de Trabalho

N.º IDENTIFICAÇÃO ENT. SEGURADORA N.º IDENTIFICAÇÃO DO ACIDENTE

1. 0 1 1 0 2. ANO DA OCORRÊNCIA N.º DE ORDEM

RAMO

IDENTIFICAÇÃO DO SEGURADO OU ENTIDADE EMPREGADORA

3. NOME _____

4. N.º DE PESSOA COLECTIVA _____ 5. N.º DE PESSOAS AO SERVIÇO DA ENTIDADE EMPREGADORA _____ 6. _____ 7. _____

6. ENDEREÇO DO ESTABELECIMENTO _____ 7. _____

CODIGO POSTAL _____ TELEF. _____

8. ACTVIDADE PRINCIPAL DO ESTABELECIMENTO _____ CONCELHO _____

9. NACIONALIDADE _____ E.mail _____

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRADO

8. NOME _____ 9. NACIONALIDADE _____

10. RESIDÊNCIA _____ CÓDIGO POSTAL _____

11. NATURALIDADE _____ TELEFONE _____ 12. SEXO M F

13. DATA DE NASCIMENTO _____ ANO _____ MÊS _____ DIA _____ 14. BILHETE DE IDENTIDADE _____ CONCELHO _____ 15. DATA DE ADMISSÃO AO SERVIÇO _____ ANO _____ MÊS _____ DIA _____

16. ESTADO CIVIL _____ 17. TEM DEPENDENTES A CARGO? SIM NÃO 18. SE É ADMINISTRADOR, GERENTE OU FAMILIAR DO SEGURADO, INDIQUE QUAL: _____

20. HORÁRIO PRATICADO PELO SINISTRADO NO MOMENTO DO ACIDENTE:

1. EM PERÍODO NORMAL
2. EM TURNO FIXO
3. EM TURNO ROTATIVO
4. OUTRO HORÁRIO

19. SITUAÇÃO PROFISSIONAL _____ 21. PROFISSÃO _____

1. TRABALHADOR POR CONTA DE OUTRÉM

2. TRABALHADOR POR CONTA PRÓPRIA OU EMPREGADOR

3. FAMILIAR NÃO REMUNERADO

4. ESTAGIÁRIO

5. PRATICANTE / APRENDIZ

6. OUTRA SITUAÇÃO ESPECÍFICA _____

22. SALÁRIOS, ASSINALE A PERIODICIDADE DE PAGAMENTO E INDIQUE O MONTANTE EM CADA SITUAÇÃO:

SALÁRIO BASE _____ MENSAL DIÁRIO HORÁRIO

OUTRAS REM. / MÊS N.º MESES / ANO _____

SUBSÍDIO FÉRIAS _____

SUBSÍDIO NATAL _____

SALÁRIO LÍQUIDO _____

23. NO CASO DE SE VERIFICAR ALGUMA DAS SEGUINTES SITUAÇÕES, INDIQUE O MONTANTE DOS 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 APRENDIZ OU TIROCINANTE, INDIQUE O SALÁRIO MÉDIO DE UM TRABALHADOR MAIOR N/ QUALIFICADO _____

24. DESDE QUANDO AUFERE O SALÁRIO CITADO _____ ANO _____ MÊS _____ DIA _____

DADOS DO ACIDENTE

25. DATA E HORA DO ACIDENTE _____ Ano _____ Mês _____ Dia _____ Hora _____

26. DATA E HORA EM QUE DEIXOU DE TRABALHAR EM CONSEQUÊNCIA DO ACIDENTE _____ Ano _____ Mês _____ Dia _____ Hora _____ (de 0 a 24 horas)

27. SE O ACIDENTE NÃO OCORREU NO ESTABELECIMENTO INDIQUE: 1. EM SERVIÇO NO EXTERIOR DO ESTABELECIMENTO 2. NO TRAJECTO RESIDÊNCIA TRABALHO OU VICE-VERSA

LOCAL _____ LUGAR (NOME DA PROPRIEDADE CASO DE SEGURO AGRÍCOLA) FREGUESIA _____ CONCELHO _____

28. QUEM PRESTOU 1.º SOCORROS _____ LOCALIDADE _____

29. FICOU HOSPITALIZADO? SIM NÃO 30. SE SIM, INDIQUE O ESTABELECIMENTO HOSPITALAR _____

31. NÚMERO TOTAL DE VÍTIMAS DO ACIDENTE _____ 32. O ACIDENTE FOI DE VIAÇÃO? SIM NÃO 33. O SINISTRADO DESLOCAVA-SE EM VEÍCULO MOTORIZADO DE 2 RODAS? SIM NÃO

34. SE RESPONDEU SIM À QUESTÃO 32, E SE O ACIDENTE FOI DA RESPONSABILIDADE DE TERCEIROS, INDIQUE: NOME E MORADA DO RESPONSÁVEL _____

_____ MATRÍCULA DO VEÍCULO _____ NÚMERO DA APÓLICE _____ SEGURADORA _____

SE HOUVE INTERVENÇÃO DA 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 COLHETAS, MATADOUROS)? _____

36. ONDE ESTAVA O SINISTRADO NO MOMENTO DO ACIDENTE (EX.: NO INTERIOR DE UM EDIFÍCIO, NO SUBSOLO)? _____

CIRCUNSTÂNCIAS DO ACIDENTE

37. DESCREVA FORMENORIZADAMENTE O ACIDENTE MENCIONADO 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.) _____

38. INDIQUE O OBJECTO PRÓXIMO QUE CONDUZIU À LESÃO E PROVOCOU O ACIDENTE _____

39. DESCREVA A TAREFA QUE O SINISTRADO EXECUTAVA NO MOMENTO DO ACIDENTE (VER INSTRUÇÕES) _____

40. ASSINALE A SITUAÇÃO CORRESPONDENTE À TAREFA DESCRITA:

1. A HABITUALMENTE EXERCIDA 2. OCASIONALMENTE EXERCIDA 3. OUTRA SITUAÇÃO

41. INDIQUE O N.º DE HORAS EXECUTADAS ATÉ AO MOMENTO DO ACIDENTE: 1. DE FORMA ININTERRUPTA (SIN INTERVALO) _____ 2. TOTAL JÁ EXECUTADAS _____

DETALHES DA LESÃO

42. INDIQUE CONFORME INSTRUÇÕES: NATUREZA DA LESÃO _____ 43. PARTE DO CORPO ATINGIDA _____

CONSEQUÊNCIAS DO ACIDENTE À DATA DA DECLARAÇÃO

44. SEM AUSÊNCIA / AUSÊNCIA MENOR QUE 1 DIA AUSÊNCIA DE 1 A 3 DIAS AUSÊNCIA DE 4 A 14 DIAS AUSÊNCIA ESPERADA DE MAIS DE 14 DIAS INCAPACIDADE PERMANENTE MORTE

NOME E ASSINATURA DO SEGURADO OU LEGAL REPRESENTANTE _____ NOME DO RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO DA INFORMAÇÃO POR PARTE DO SEGURADO OU DA ENTIDADE EMPREGADORA _____

NÃO PREENHER ZONA DE COR

OS ÍTENS OU RUBRÍCAS DAS PARTICIPAÇÕES DE ACIDENTES DE TRABALHO QUE AS ENTIDADES EMPREGADORAS OU, TANTO DE 8 DE MARÇO) (DEC-LEI 362/93 DE 15 DE OUTUBRO)

OS ÍTENS OU RUBRÍCAS A PREENHER, CORRESPONDEM AO DETERMINADO NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR (PORTARIA 17/94 DE 8 DE MARÇO)