

Data da participação

Apólice nº

Processo de sinistro nº

TOMADOR DE SEGURO

Pessoa singular Pessoa colectiva

Nome

Rua Bairro

Município Cidade Telemóvel

E-mail NIF

Nº de pessoas ao serviço

SINISTRADO

Nome do sinistrado Sexo M F

Data de nascimento Nacionalidade

Nº de empregado Contribuinte nº

BI Data BI

E-mail Telefone

Rua Bairro

Município Cidade Telemóvel

IBAN

Nº Beneficiário/Seg. Social Data de admissão ao serviço

Estado civil Solteiro Casado Divorciado Viúvo Tem dependentes a cargo? Sim Não

Departamento onde trabalha habitualmente

Indique se, em relação ao segurado, é Administrador Gerente Familiar Outro:

Situação profissional

Trabalhador por conta de outrem Trabalhador por conta próprio/empregador Estagiário

Praticante/aprendiz Familiar não remunerado Outro:

Horário praticado pelo sinistrado no momento do acidente

Em período normal Em turno fixo Em turno rotativo Outro:

Profissão

ACIDENTE

Data e hora do acidente às horas

Data e hora que deixou de trabalhar por causa do acidente às horas

Se o acidente não ocorreu no estabelecimento, indique: Em serviço exterior No trajecto residência-trabalho-residência

Local do acidente

Quem prestou os primeiros socorros? Cidade Ficou hospitalizado? Sim Não

Estabelecimento hospitalar (se for o caso) Nº total de vítimas Acidente de viação? Sim Não

Se o acidente foi da responsabilidade de terceiro, indique (preencher segurado, apólice e matrícula se for de viação juntar cópia da participação de sinistro)

Nome Seguradora

Rua

Cidade Nº de apólice do terceiro Matrícula

Se houve intervenção de autoridade, especifique:



Data da participação

Apólice nº

Processo de sinistro nº

CIRCUNSTÂNCIAS DO ACIDENTE

Descreva pormenorizadamente o acidente mencionado, designadamente os acontecimentos que deram origem à lesão, mencionando as substâncias, os equipamentos e ferramentas que usava:

Indique o objecto próximo que conduziu à lesão, que provocou o acidente:

Descreva a tarefa que o sinistrado executava no momento do acidente:

Relativamente à tarefa descrita, assinala se é executada Habitualmente Ocasionalmente Outras:

Indique o nº de horas executadas até ao momento do acidente: Sem intervalo Total já executadas

LESÃO

Natureza da lesão

Contusão, ferida	Asfixia, inalação de gases, afogamento
Concussão e lesões internas	Intoxicação
Ferida aberta	Queimadura por calor ou frio
Amputação	Queimadura por produtos químicos
Fractura exposta	Efeitos de radiação
Fractura fechada	Descarga eléctrica
Luxação, deslocamento	Lesão não diagnosticada
Entorses, rotura de ligamentos	

Partes do corpo atingidas

Cabeça, excepto olhos	Mão
Olhos	Dedos da mão
Pescoço	Articulação da anca, coxa, rótula
Costas, coluna	Articulação do joelho, perna tornozelo
Tórax	Pé
Abdómen	Dedos do pé
Ombro, braço, cotovelo	Localizações múltiplas
Antebraço, pulso	Outras lesões

Outro tipo de lesão não pormenorizada, por ex.: insolação, choque, paragem cardíaca, etc.

Sem ausência/menor do que 1 dia De 1 a 3 dias De 4 a 14 dias Superior a 14 dias Incapacidade permanente Morte

CONTROLE

Data de admissão ao serviço do segurado (resposta obrigatória)

Renumeração ilíquida mensal Subsídio de alimentação Outras renumerações

Desde quando aufero o salário citado

Se teve algum acidente nos últimos 24 meses, indique a data

Testemunhas do sinistro

Nome Idade Profissão

Morada Telemóvel

Nome Idade Profissão

Morada Telemóvel

(1) Se o sinistro for culpa de terceiros, mencione tal facto na descrição. (2) Se o salário for variável, deve calcular-se pela média dos últimos três meses.

A ENVIAR À SEGURADORA NO PRAZO DE 24 HORAS.

Nome, assinatura e carimbo do segurado ou representante legal

Nome do responsável pelo preenchimento da informação por parte do segurado ou entidade empregadora

Data do preenchimento

