

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. Pessoa Coletiva			
5. Nº pessoas ao serviço da ent. empregadora		6. Endereço do estabelecimento			
Código Postal		Distrito		6.	
Concelho		Telefone		7.	
7. Atividade principal do estabelecimento					

Identificação do Sinistrado

8. Nome		9. Nacionalidade		9.	
10. Residência		Contacto Telefónico			
Código Postal		Freguesia		Concelho	
11. Naturalidade		12. Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		13. Data nascimento - ano/mês/dia	
14. B.I.		NIF		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"/> 0. Desconhecida <input type="checkbox"/> 1. Trabalhador conta de outrem <input type="checkbox"/> 2. Trabalhador 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 <input type="checkbox"/> 9. Desconhecido					
21. Profissão		21.			
22. Salários - assinala a periodicidade de pagamento e indique o montante em cada situação: Salário base €		<input type="checkbox"/> Anual <input type="checkbox"/> Mensal <input type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> Hora			
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 afere o citado salário - ano/mês/dia					
NIB para reembolso de despesas (anexe a esta participação um comprovativo de NIB)					

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"/> 0. No interior do estabelecimento <input type="checkbox"/> 1. Em serviço no exterior <input type="checkbox"/> 2. No trajeto residência trabalho ou vice-versa <input type="checkbox"/> 3. A bordo (avião, barco, comboio, elétrico, metro, etc) <input type="checkbox"/> 4. Acidente de viação			
Local (nome da propriedade em caso de seguro agrícola)		Freguesia	
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. Atividade da vítima	
		37.2. Item assoc. atividade	
		37.3. Ação de desvio	
		37.4. Item assoc. ação desvio	
38. Indique o objeto próximo que provocou o acidente e conduziu à lesão		38.1. Ação 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. Assinala 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 Representante Legal		Nome do Responsável pelo preenchimento da informação por parte do Tomador de Seguro		Data de Preenchimento ano/mês/dia	

Instruções de Procedimento

Identificação do Tomador de Seguro

Campo 4 - Nº de Pessoa Coletiva

As entidades que não tenham atribuído número de pessoa coletiva, ou de entidade equiparada, devem indicar nesta rubrica o número de contribuinte de pessoa singular.

Campo 5 - Pessoas ao serviço da entidade empregadora, empresa ou equiparada

Considere todas as pessoas que, no mês em que ocorreu o acidente, efetuaram trabalho remunerado, de pelo menos uma hora, para a empresa, independentemente do vínculo que tinham. Inclua portanto os sócios gerentes, cooperantes e familiares que trabalharam na data de referência, e que tenham recebido por esse trabalho uma remuneração. No caso de unidades abrangidas pelo seguro agrícola inclua também os trabalhadores familiares não remunerados. Se a entidade empregadora for utilizadora de trabalhadores cedidos temporariamente por outra entidade patronal, não inclua estes trabalhadores. Inclua as pessoas temporariamente ausentes, por férias, maternidade, conflito de trabalho, formação profissional, assim como por doença e acidente de trabalho de duração igual ou inferior a um mês. Inclua também os trabalhadores de outras empresas que se encontram a trabalhar na empresa e que sejam aí diretamente remunerados. Exclua os trabalhadores a cumprir serviço militar, em regime de licença sem vencimento, em desempenho de cargos públicos - ex.: vereadores, deputados -, ausentes por doença ou acidente de trabalho de duração superior a um mês, assim como trabalhadores com vínculo ao estabelecimento deslocados para outras empresas, e que sejam nessas diretamente remunerados.

Campo 6 - Estabelecimento

Corresponde a uma empresa ou parte de empresa (fábrica, oficina, mina, armazém, loja, entreposto, etc.) situada num local topograficamente identificado. Nesse local ou a partir dele, exercem-se atividades económicas, para as quais, regra geral, uma ou várias pessoas trabalham por conta de uma mesma empresa.

Campo 7 - Atividade principal

Entende-se por atividade principal a de maior importância, medida pelo valor a preços de venda dos produtos vendidos ou fabricados ou dos serviços prestados. Na impossibilidade da sua determinação por este critério, considera-se como principal a que ocupa, com carácter de permanência, o maior número de pessoas ao serviço.

Identificação do Sinistrado

Campo 19 - Situação profissional

Campo 19.1 - Trabalhador por conta de outrem: Indivíduo que exerce uma atividade sob autoridade e direção de outrem, nos termos de um contrato de trabalho, sujeito ou não a forma escrita e que lhe confere o direito a uma remuneração, a qual não depende dos resultados da unidade económica para a qual trabalha. Para efeitos de preenchimento da participação de acidentes não englobe nesta situação os estagiários, praticantes ou aprendizes que se encontram autonomizados neste modelo nos pontos 19.4 e 19.5.

Campo 19.2 - Trabalhador por conta própria ou empregador: Trabalhador que explora a sua própria empresa ou que exerce independentemente uma profissão ou ofício, tendo ou não pessoal ao serviço. O trabalhador por conta própria é considerado como "empregador" se tem habitualmente um ou mais trabalhadores remunerados ao seu serviço ou como "isolado" se não tem trabalhadores remunerados ao seu serviço, podendo trabalhar

com ou sem ajuda de familiares.

Campo 19.3 - Familiar não remunerado: Indivíduo que exerce uma atividade independente na empresa explorada por um familiar não sendo, contudo, seu associado e sem estar vinculado por um contrato de trabalho.

Campo 19.4 - Estagiário: Trabalhador por conta de outrem com preparação teórica, que se encontra em fase de formação profissional para as funções ligadas à profissão que pretende exercer.

Campo 19.5 - Praticante/Aprendiz: Considere o trabalhador que sob a orientação de trabalhadores especializados adquire conhecimentos técnico-profissionais que lhe permitem desempenhar uma função diferenciada - administrativa, de produção ou outra.

Campo 20 - Horário praticado pelo sinistrado no momento do acidente

Campo 20.1 - Em período normal: É o horário fixado por Lei ou Instrumento de Regulamentação Coletiva de Trabalho ou, ainda, por norma ou usos do estabelecimento, correspondendo ao período para além do qual é pago como extraordinário.

Campo 20.2 e 20.3 - Em horário de turno: É o horário de trabalho em que a prestação de trabalho se realiza mediante uma sucessão de equipas e que resulta de um horário de laboração do estabelecimento superior ao período normal de trabalho nele estabelecido.

Turno fixo - trabalho por turnos em que as equipas são fixas sempre no mesmo período do dia ou da noite.

Turno rotativo - trabalho por turnos em que as equipas alternam o período de trabalho.

Campo 21 - Profissão

Indique o mais pormenorizadamente possível a profissão segundo sempre que possível a Classificação Nacional de Profissões em vigor. Não se limite a indicar "aprendiz", "operador de máquina". Complete, por exemplo, com "aprendiz de mecânico de automóveis", "operador de máquinas de lapidar metais". Nunca indique apenas "operário".

Campo 22 - Salários

Montante líquido (antes da dedução de quaisquer descontos) pago em dinheiro ou em géneros correspondente às horas normais de trabalho. Inclua a remuneração paga por horas não efetuadas.

Não inclua quaisquer prémios, subsídios, diuturnidades ou gratificações. Indique o salário base correspondente à periodicidade de pagamento que assinalou.

Salário líquido: Indique o salário recebido pelo sinistrado, depois de deduzidos os descontos (fiscais e Segurança Social).

Tipo e Ambiente de Trabalho

Campo 35 - Tipo de Trabalho

Exemplos: Trabalhador a preparar um animal de abate, feriu-se no grampo que serve para pendurar o animal.

Tipo de trabalho: trabalho em matadouros.

A vítima estava a acionar uma máquina de descarolagem - tiragem do milho do carolo - e feriu-se.

Tipo de trabalho: trabalho em colheitas.

Campo 36 - Ambiente de trabalho

O local relaciona-se com o ambiente geral em que o acidente ocorreu.

Circunstâncias do Acidente

Nas perguntas desta parte do questionário responda sempre da maneira mais pormenorizada possível mesmo que repita informação em algumas delas.

Campo 37

A descrição pormenorizada do acidente deve conter as respostas às seguintes perguntas: - O que estava a fazer a vítima no momento do

acidente e que ferramenta ou máquina usava no momento?

- O que aconteceu de errado no momento do acidente e que ferramentas, máquinas estiveram envolvidas?

- Como foi a vítima atingida?

Exemplos que elucidam o conteúdo pretendido nas respostas 37.

Ex. 1. O trabalhador estava a trabalhar com uma broca mecânica. A broca quebrou-se e soltou-se atingindo o acidentado na mão.

Ex. 2. Numa fábrica, uma caldeira a pressão explodiu e como consequência o operador da máquina foi parcialmente esmagado por uma parede que desabou.

Campo 38

Como objeto devem ser entendidos os componentes materiais do trabalho - substância, ferramenta, máquina, equipamento ou outros agentes que atingiram o acidentado. Segundo a descrição dos exemplos da questão 37, a resposta ao campo 38 será:

no ex. 1: a broca

no ex. 2: parede ou tijolo.

Campos 39 e 40

Pretende-se saber, no momento do acidente, o trabalhador:

- Executava a tarefa normal - descreva-a.

- Executava uma tarefa diferente da normal - descreva-a.

- Não executava nenhuma tarefa.

Ex.: deslocava-se de um lugar para outro - Descreva a situação.

Campo 41

Em 1, indique o total de horas executadas antes de qualquer intervalo - refeição ou pausas previstas por Lei, Instrumento de Regulamentação de Trabalho ou Regulamento do Estabelecimento.

Em 2, indique todas as horas de trabalho já executadas, independentemente de ter ou não havido intervalo, até ao momento do acidente.

Detalhes da Lesão

Assinale-a utilizando a seguinte classificação:

Campo 42 - Natureza da lesão

- Contusão, ferida

- Concussões e lesões internas

- Ferida aberta

- Amputação

- Fratura exposta

- Fratura fechada

- Luxação, deslocamento

- Entorses, rotura de ligamentos

- Asfixia, inalação ou gases, afogamento

- Intoxicação

- Queimadura por calor ou frio

- Queimadura por produtos químicos

- Efeitos de radiação

- Descarga elétrica

- Lesão não diagnosticada.

- Outro tipo de lesão não pormenorizada,

por ex.: choque, insolação, paragem cardíaca, etc.

- Ignorado

Campo 43 - Partes do corpo atingidas

- Cabeça, exceto olhos

- Olhos

- Pescoço

- Costas, coluna

- Tórax

- Abdómen

- Ombro, braço, cotovelo

- Antebraço, pulso

- Mão

- Dedos da mão

- Articulação da anca, coxa, rótula

- Articulação do joelho, perna, tornozelo

- Pé

- Dedos do pé

- Localizações múltiplas

- Outras lesões