

### PARTICIPAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO

(Área a preencher pelo segurador)

 Código do segurador 

Nº de identificação do acidente

Ano

Nº de ordem

#### DADOS DO SEGURADOR OU ENTIDADE EQUIPARADA

 1. Nome do segurador 

#### 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. Nº 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) 

 9. Distrito ou Ilha / Município da unidade local (estabelecimento) 

 10. Telefone / Telemóvel 

 11. Endereço de correio eletrónico 

 12. Atividade principal da unidade local (estabelecimento) 

 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) 

#### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRADO

 20. Nome 

 21. Telefone / Telemóvel 

 22. Endereço da residência 

 23. Código postal  - 

 24. País 

 25. Sexo  1. Masculino  2. Feminino

 26. Data de nascimento 

Ano

Mês

Dia

27. Data de admissão ao serviço

Ano

Mês

Dia

 28. Nacionalidade 

 29. Estado civil legal  1. Solteiro  2. Casado  3. Em união de facto  4. Divorciado  5. Viúvo

 30. Nº de dependentes a cargo 

 31. Nº de Identificação Fiscal (NIPS) 

 32. Nº de Identificação da Segurança Social 

 33. IBAN do Sinistrado 

34. Relação do sinistrado com o tomador de seguro ou com a entidade empregadora

 1. Administrador  2. Gerente  3. Familiar  4. Trabalhador  9. Outro tipo 

35. 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

 36. Tipo de vínculo à empresa  1. Contrato de trabalho sem termo

**PARTICIPAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO**

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)

37. Período normal de trabalho  1. Tempo completo  2. Tempo parcial

38. 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

39. Nº de horas semanais habitualmente trabalhadas  ,

40. Profissão

41. Nº de empregado

42. Departamento onde trabalha

43. Retribuição base  € → 44. Periodicidade  1. Mensal  2. Semanal  3. Diária  4. Horária

45. Subsídio de refeição  €

46. Outras retribuições (mês)  € → 47. Nº de meses

48. Subsídio de Natal  € 49. Subsídio de férias  € 50. Retribuição líquida  €

No caso de se verificar alguma das seguintes situações, indique o montante das retribuições:

51. Se a retribuição não for regular, indique a média mensal dos últimos 12 meses  €

52. Se o sinistrado for aprendiz ou tirocinante, indique a retribuição média mensal dos oficiais da mesma categoria  €

53. Se o sinistrado for menor de 18 anos e não for aprendiz ou tirocinante, indique a retribuição média mensal dos trabalhadores maiores não qualificados  €

54. Desde quando auferir a retribuição citada     
Ano Mês Dia



**PARTICIPAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO**

(Por exemplo: contacto com corrente elétrica, temperatura, substância perigosa, afogamento, soterramento, envolvimento por gases, esmagamento em movimento vertical ou horizontal, sobre ou contra um objeto imóvel, pancada por objeto em movimento, colisão com, contacto com agente material cortante, perfurante ou áspero, entalção esmagamento, estrangimento físico do corpo ou psíquico, mordedura, pontapé, cabeçada, estrangulamento, etc.)

93. Que materiais e/ou objetos estiveram associados ao acontecimento que conduziu à lesão \_\_\_\_\_

(Ver exemplos da Questão 89)

94. A tarefa descrita é ...  1. Tarefa habitualmente exercida  2. Tarefa ocasionalmente exercida  9. Outra situação

95. Posto de trabalho  1. Local habitual  2. Local ocasional  9. Outro

96. Nº de horas executadas ininterruptamente até ao momento do acidente

97. Nº total de horas executadas até ao momento do acidente

**IDENTIFICAÇÃO DAS CONSEQUÊNCIAS DO ACIDENTE**

98. O acidente teve apenas consequências materiais?  1. Sim  2. Não (Se não, responda às questões 99 e 101)

99. Natureza da lesão \_\_\_\_\_

(Por exemplo: Feridas ou lesões superficiais, fratura, deslocação, entorse ou distensão, amputação, concussão ou lesão interna, queimadura, congelação, envenenamento, infeção, afogamento, asfixia, efeitos de ruído, vibrações ou pressão, efeitos de temperaturas extremas, luz ou radiações, choque elétrico, agressão, lesões múltiplas, só danos materiais, outras)

100. Parte do corpo atingida \_\_\_\_\_

(Por exemplo: Cabeça, Pescoço, Costas, Tórax e órgãos torácicos, extremidades superiores, extremidades inferiores, corpo inteiro ou partes múltiplas do corpo, outras partes do corpo não especificadas)

101. Consequências do acidente à data da declaração  1. Não mortal  2. Mortal

**IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL PELA PARTICIPAÇÃO**

102. Nome \_\_\_\_\_

103. Data de preenchimento    |   |   | 104. Assinatura \_\_\_\_\_

Ano Mês Dia

**IDENTIFICAÇÃO COMPLEMENTAR**

DA RESPONSABILIDADE DE CADA SEGURADOR

## 1. DECLARAÇÃO

De acordo com a legislação em vigor, os dados recolhidos, e aqueles que vierem a ser fornecidos em sede de regularização de sinistro, serão processados e armazenados informaticamente, sendo utilizados nas relações contratuais com a VICTORIA e seus subcontratados, podendo ser comunicados a entidades terceiras para efeitos de colaboração na realização de estudos estatísticos, inquéritos de mercado e/ou viabilização da execução dos contratos.

Quaisquer omissões, inexatidões e falsidades, referentes ou relacionadas com a informação necessária para o tratamento de dados efetuado no âmbito da relação contratual, são da responsabilidade do titular dos dados.

### 1 . Direitos e dever de informação

Declaro ainda que fui informado do direito de oposição ao tratamento dos mesmos nas situações de definição de perfis, comercialização direta e interesse legítimo do responsável pelo tratamento.

Para além do direito de oposição, reconheço ainda que me assistem os direitos de acesso, retificação, apagamento, limitação do tratamento e portabilidade, nos termos definidos na Política de Privacidade disponível em [www.victoria-seguros.pt](http://www.victoria-seguros.pt), podendo exercê-los perante a VICTORIA ou junto do Encarregado de Proteção de Dados (EPD) através dos contactos aí indicados.

### 2. Assinatura

Declaro ter tomado conhecimento das informações acima descritas e dos direitos que me assistem na proteção dos seus dados pessoais, subscrevendo-os mediante a sua assinatura.

Local e Data \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do Titular dos Dados)