

Sinistro N.º

Data de participação

IDENTIFICAÇÃO DO TOMADOR / ENTIDADE EMPREGADORA

Empresa

N.º Pessoa Colectiva Pessoas ao Serviço Telefone

Rua Bairro

Município Cidade Província

Contacto da empresa Actividade Principal do Estabelecimento

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRADO

Nome do Sinistrado Sexo M F

N.º Empregado Contribuinte n.º (obrigatório)

B.I. Data B.I. Data de Nascimento

E-mail Telefone Nacionalidade

Rua Bairro

Município Cidade Província

IBAN

N.º Beneficiário/Seg. Social Data de Admissão ao Serviço

Estado Civil 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 outrém Trabalhador por conta própria/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

Indique as remunerações (montantes e periodicidade)

Diário Horário Subsídio de alimentação/Mês AKZ

AKZ Subsídio de férias AKZ

AKZ Subsídio de natal AKZ

AKZ Salário base AKZ Mensal N.º meses

Salário Líquido por ano Outras remunerações Mês/Qual?

Outras remunerações Mês/Qual?

Outras remunerações Mês/Qual? **montante**

AKZ

No caso de se verificar alguma das seguintes situações, indique o dos salários

Indique o salário médio de trabalhador médio não qualificado

Desde quando aufero o salário citado Se teve algum acidente nos últimos 24 meses indique a data

Se o salário não for regular, indique a média dos últimos 12 meses

Se o sinistrado for aprendiz indique o salário médio dos oficiais da mesma categoria

AKZ

Se o sinistrado for menor (18 anos) e não for aprendiz,

AKZ

CARACTERIZAÇÃO DO ACIDENTE

Data e hora do acidente

dia mês ano

Horas

:

(das 0 às 24h)

Data e hora em que deixou de trabalhar por causa do acidente

dia mês ano

Horas

:

(das 0 às 24h)

Se o acidente não ocorreu no estabelecimento, indique:

Em serviço no exterior

No trajecto residência-trabalho-residência

Local do Acidente

Quem prestou os primeiros socorros?

Provincia

Ficou hospitalizado?

SIM

Não

Estabelecimento hospitalar (se for o caso)

N.º Total de vítimas

Acidente de viação?

SIM

Não

Se o acidente foi da responsabilidade de terceiros, indique (preencher Segurado, Apólice e Matrícula se for de viação juntar cópia de participação de sinistro)

Seguradora

Provincia

Número de Apólice do terceiro

Matrícula

Se houve intervenção de autoridade, especifique

Nome

Rua

Cidade

Testemunhas

Nome

Telefone

Nome

Telefone

Que tipo de trabalho estava a fazer o Sinistrado no momento do acidente?

Onde estava o Sinistrado no momento do acidente?

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.



SUPER
seguros

Viver Seguro, Futuro Garantido.

Detalhes da Lesão

Natureza da lesão

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Contusão, ferida | <input type="checkbox"/> Intoxicação |
| <input type="checkbox"/> Concussão e lesões internas | <input type="checkbox"/> Queimadura por calor ou frio |
| <input type="checkbox"/> Ferida aberta | <input type="checkbox"/> Queimadura por produtos químicos |
| <input type="checkbox"/> Amputação | <input type="checkbox"/> Efeitos de radiação |
| <input type="checkbox"/> Fractura exposta | <input type="checkbox"/> Descarga eléctrica |
| <input type="checkbox"/> Fractura fechada | <input type="checkbox"/> Lesão não diagnosticada |
| <input type="checkbox"/> Luxação, Deslocamento | <input type="checkbox"/> Outro tipo de lesão não pormenorizada, por ex.: insolação, choque, paragem cardíaca, etc. |
| <input type="checkbox"/> Entorses, rotura de ligamentos | |
| <input type="checkbox"/> Asfixia, inalação de gases, afogamento | |

Partes do Corpo atingidas

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Cabeça, excepto olhos | <input type="checkbox"/> Mão |
| <input type="checkbox"/> Olhos | <input type="checkbox"/> Dedos da Mão |
| <input type="checkbox"/> Pescoço | <input type="checkbox"/> Articulação da anca, coxa, rótula |
| <input type="checkbox"/> Costas, coluna | <input type="checkbox"/> Articulação do joelho, perna, tornozelo |
| <input type="checkbox"/> Tórax | <input type="checkbox"/> Pé |
| <input type="checkbox"/> Abdómen | <input type="checkbox"/> Dedos do pé |
| <input type="checkbox"/> Ombro, braço, cotovelo | <input type="checkbox"/> Localizações múltiplas |
| <input type="checkbox"/> Antebraço, pulso | <input type="checkbox"/> Outras Lesões |

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

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

dia | | | | | | |
mês | | | | | | |
ano | | | | | | |