

Participação de Sinistro – Acidentes de Trabalho

OCIDENTAL
SEGUROS

Nº Assidência	<input type="text"/>	Apólice	<input type="text"/>
1. Nº Identificação da Seguradora	<input type="text"/>		
2. Nº de Identificação do Acidente	<input type="text"/>		

Não Preencher as zonas sombreadas



Identificação do Segurado / Entidade Empregadora	
3. Empresa/Nome	6. <input type="text"/>
NIB <input type="text"/>	7. <input type="text"/>
4. Nº Pessoa Coletiva <input type="text"/>	Nº Pessoas ao Serviço <input type="text"/> Telefone <input type="text"/>
5. Morada	Colaborador nº <input type="text"/>
Localidade	Código Postal: -
7. Atividade Principal do Estabelecimento	Contacto

Identificação do Sinistrado	
8. Nome do Sinistrado	
Nº de Empregado <input type="text"/>	9. Nacionalidade <input type="text"/> Telefone <input type="text"/>
10. Morada do Sinistrado	
Código Postal -	NIB <input type="text"/>
11. Naturalidade/Freguesia	Concelho
12. Sexo : <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	13. Data de Nascimento <input type="text"/>
Nº Contribuinte:	14. B.I. nº <input type="text"/>
15. Data de Admissão ao Serviço <input type="text"/>	
16. Estado Civil : <input type="checkbox"/> Solteiro(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viuvo(a) <input type="checkbox"/> União de Facto	
17. Tem dependentes a cargo <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	18. Indique se em relação ao Segurado é: <input type="checkbox"/> Administrador <input type="checkbox"/> Gerente <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Outra Situação
19. Situação Profissional <input type="checkbox"/> Trabalhador Por Conta de Outrém <input type="checkbox"/> Trabalhador Por Conta Própria ou Empregador <input type="checkbox"/> Familiar Não Remunerado	
<input type="checkbox"/> Estagiário <input type="checkbox"/> Praticante/Aprendiz <input type="checkbox"/> Outra:	
20. Horário Praticado pelo Sinistrado no momento do acidente: <input type="checkbox"/> Em Período Normal <input type="checkbox"/> Em Turno Fixo <input type="checkbox"/> Em Turno Rotativo <input type="checkbox"/> Outro Horário. Qual ?	
Departamento onde trabalha habitualmente:	
21. Profissão	<input type="text"/>
22. Indique as Remunerações (Montantes e Periodicidade)	
Salário Base	€ , <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Mensal <input type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Horário
Subsídio de Alimentação/Mês	€ , <input type="text"/> N° de Meses Por Ano <input type="text"/>
Outras Remunerações/Mês	€ , <input type="text"/>
Subsídio de Férias	€ , <input type="text"/>
Subsídio de Natal	€ , <input type="text"/>
Salário Líquido	€ , <input type="text"/>
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:	€ . <input type="text"/>
Se o sinistrado for Aprendiz ou Tirocinante, indique o salário médio dos Oficiais da mesma categoria:	€ . <input type="text"/>
Se o sinistrado for menor de idade (18 anos) e não for Aprendiz ou Tirocinante, indique o salário médio de trabalhador maior não qualificado:	€ . <input type="text"/>
24. Desde quando aufero o salário citado?	<input type="text"/>
Teve algum acidente nos últimos 24 meses? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Se sim, indique a data: <input type="text"/>	

Linha de Apoio: 808 30 31 31

Enviar a Participação devidamente preenchida/assinada por uma das seguintes vias:

Preferencialmente: **Sucursal Millenniumbcp**
E-mail: sinistros.acidentes.trabalho@ocidental.pt
Morada: **Apartado 15009 1074-003 Lisboa**
Fax: **21 317 86 40**

Identificação do Acidente		
25. Data e Hora do Acidente:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (Das 0 às 24H)	<input type="text"/> h <input type="text"/> m
26. Data e Hora em que deixou de trabalhar em consequência do acidente:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (Das 0 às 24H)	<input type="text"/> h <input type="text"/> m
27. Se o acidente não ocorreu no estabelecimento, indique:	<input type="checkbox"/> Em Serviço Exterior <input type="checkbox"/> No Trajeto Residência - Trabalho – Residência	
Local do Acidente (se ocorrido no exterior):	Concelho:	Propriedade (se Seguro Agrícola):
28. Existem testemunhas? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se sim, especifique:		
Nome:	Telefone: <input type="text"/>	
Nome:	Telefone: <input type="text"/>	
29. Quem prestou os primeiros socorros?	Localidade:	
30. Ficou hospitalizado? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31. Estabelecimento Hospitalar (em caso de Hospitalização):	
32. Nº Total de Vítimas <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	33. Acidente de Viação <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	34. Veículos de Duas Rodas: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
35. Se o Acidente foi da responsabilidade de terceiros, indique (preencher Seguradora, Apólice e Matrícula, se for de Viação)		
Nome:	Seguradora:	
Morada:	Localidade:	
Código Postal: -	Nº de Apólice do Terceiro	Matrícula:
35.1 Se houve intervenção de Autoridade, especifique:		
Nome:	Telefone <input type="text"/>	
Nome:	Telefone <input type="text"/>	
Tipo e Ambiente de Trabalho:		
36. Que tipo de trabalho estava a fazer o sinistrado no momento do acidente?		
		Tipo de Trabalho <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
37. Onde estava o sinistrado no momento do acidente?		
		Ambiente de Trabalho <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Circunstâncias do Acidente:		
38. Descreva pormenorizadamente o acidente mencionando, designadamente, os acontecimentos que deram origem à lesão. Mencione as substâncias, os equipamentos e ferramentas que usava.		
38.1 Atividade do Sinistrado <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	38.2 Item associado à Atividade <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
38.3 Ação de Desvio <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	38.4 Item associado à ação de Desvio <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
39. Indique o objeto próximo que conduziu à lesão e/ou que provocou o acidente:		
39.1 Ação que conduziu à lesão <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	39.2 Agente da lesão <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
40. Descreva a tarefa que o Sinistrado executava no momento do acidente:		
41. Relativamente à tarefa descrita, assinala se é executada <input type="checkbox"/> Habitualmente <input type="checkbox"/> Ocasionalmente <input type="checkbox"/> Outras		
42. Indique o Nº de horas exatas até ao momento do acidente: De forma ininterrupta (sem intervalo) <input type="text"/> <input type="text"/> Total já executadas <input type="text"/> <input type="text"/>		
Detalhes da Lesão		
43. Natureza da Lesão:		
<input type="checkbox"/> Contusão, Ferida	<input type="checkbox"/> Contusão e Lesões Internas	<input type="checkbox"/> Ferida Aberta
<input type="checkbox"/> Fratura Fechada	<input type="checkbox"/> Luxação Deslocamento	<input type="checkbox"/> Entorses, Rotura de Ligamentos
<input type="checkbox"/> Intoxicação	<input type="checkbox"/> Queimadura por Calor ou Frio	<input type="checkbox"/> Queimadura por Outros Químicos
<input type="checkbox"/> Lesão não diagnosticada	<input type="checkbox"/> Outro tipo de Lesão não pormenorizada, por ex., Choque, Insolação, Paragem Cardíaca, etc. ...	<input type="checkbox"/> Ignorada
<input type="checkbox"/> Amputação	<input type="checkbox"/> Fratura Exposta	<input type="checkbox"/> Asfixia, Inalação de Gases, Afogamento
<input type="checkbox"/> Efeitos de Radiação	<input type="checkbox"/> Descarga Elétrica	
44. Partes do Corpo Atingidas		
<input type="checkbox"/> Cabeça, exceto Olhos	<input type="checkbox"/> Olhos	<input type="checkbox"/> Pescoço
<input type="checkbox"/> Tórax	<input type="checkbox"/> Abdómen <input type="checkbox"/> Ombro, Braço, Cotovelo	<input type="checkbox"/> Antebraço, Pulso
<input type="checkbox"/> Articulação da Anca, Coxa, Rótula	<input type="checkbox"/> Articulação do Joelho, Perna, Tornozelo	<input type="checkbox"/> Mão
<input type="checkbox"/> Localizações Múltiplas	<input type="checkbox"/> Outras Lesões	<input type="checkbox"/> Pé
<input type="checkbox"/> Costa, Coluna	<input type="checkbox"/> Dedos da Mão	<input type="checkbox"/> Dedos do Pé
45. Ausência: <input type="checkbox"/> Sem ausência/menor que 1 dia <input type="checkbox"/> De 1 a 3 dias <input type="checkbox"/> De 4 a 14 dias <input type="checkbox"/> Superior a 14 dias <input type="checkbox"/> Incapacidade Permanente <input type="checkbox"/> Morte		
Nome e Assinatura do Segurado ou Representante Legal	Nome do responsável pelo preenchimento da informação por parte do Segurado ou Entidade Empregadora	Data de Preenchimento <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Instruções de Preenchimento

Acidente de Trabalho é o acidente que se verifique no local e no tempo de trabalho e produza direta ou indiretamente lesão corporal, perturbação funcional ou doença de que resulte a morte ou a redução na capacidade de trabalho ou ganho.

Considera-se também acidente de trabalho o ocorrido:

- Fora do local ou do tempo de trabalho quando verificado na execução de serviços determinados pela entidade ou por esta consentidos;
- Na execução de serviços espontaneamente prestados e de que possa resultar proveitos económicos para a entidade patronal.

Acidente de trajeto é o acidente que ocorra no percurso que o trabalhador utiliza para ir para o trabalho ou no regresso, podendo provocar morte ou lesão corporal, perturbação funcional ou doença de que resulte a morte ou redução na capacidade de trabalho ou ganho.

IDENTIFICAÇÃO DO SEGURADO OU ENTIDADE PATRONAL

Nº DE PESSOA COLETIVA (Campo 4)

Para as entidades a que não se aplica a atribuição do número de pessoa coletiva ou de entidade equiparada, deve esta rubrica ser preenchida com o número de contribuinte de pessoa singular.

PESSOAS AO SERVIÇO DA ENTIDADE EMPREGADORA

(empresas ou equiparadas) (Campo 5)

Considere todas as pessoas que, no mês em que ocorreu o acidente, efetuaram qualquer trabalho remunerado - de, pelo menos, uma hora - para a empresa, independentemente do vínculo que tinham. Inclua, portanto, os sócios gerentes, cooperantes e familiares que trabalham na data de referência, tendo 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 encontrem a trabalhar na empresa sendo 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, sendo diretamente remunerados.

ESTABELECIMENTO (Campo 6)

Corresponde a uma empresa ou parte de empresa (fábrica, oficina, mina, armazém, loja, entreposto, etc.) situado 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.

ATIVIDADE PRINCIPAL (Campo 7)

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

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRADO – SITUAÇÃO PROFISSIONAL (Campo 19) – TRABALHADOR POR CONTA DE OUTRÉM (Campo 19.1)

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 acidente, não englobe nesta situação os estagiários, praticantes ou aprendizes que se encontrem autonomizados neste modelo nos pontos 19.4 e 19.5

TRABALHADOR POR CONTA PRÓPRIA OU EMPREGADOR (Campo 19.2)

Trabalhador que explora a sua própria empresa ou 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.

FAMILIARES NÃO REMUNERADOS (Campo 19.3)

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.

ESTAGIÁRIO (Campo 19.4)

Trabalhadores por conta de outrem, com preparação teórica, que se encontra em fase de formação profissional para as funções ligadas à profissão que pretende exercer.

PRATICANTE / APRENDIZ (Campo 19.5)

Considere o trabalhador que, sob orientação de trabalhadores especializados, adquire conhecimentos técnico-profissionais que lhe permitam desempenhar uma função diferenciada (administrativa, de produção ou outra).

HORÁRIO PRATICADO PELO SINISTRADO NO MOMENTO DO ACIDENTE (Campo 20)

Em período normal (campo 20.1)

É o horário fixado por Lei ou instrumento de Regulamentação Coletiva de Trabalho ou, ainda, por norma ou usos no estabelecimento, correspondente ao período para além do qual o trabalho é pago como extraordinário.

Em horário de turno (campo 20.2 e 20.3)

É o horário de trabalho em que a prestação de trabalho se realiza mediante uma sucessão de equipas, o 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.

PROFISSÃO (Campo 21)

Indique o mais pormenorizadamente possível a profissão seguindo, 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 máquina de lapidar metais". Nunca indique apenas "operário".

SALÁRIOS (Campo 22)

Salário Base

Obrigatório preenchimento com os valores declarados à Segurança Social.

Montante ilíquido (antes da dedução de quaisquer descontos) pago em dinheiro ou em géneros e correspondente às horas normais de trabalho.

Inclua a remuneração paga por horas não efetuadas.

Não inclua no salário base quaisquer prémios, subsídios, diuturnidades ou gratificações. Indique o salário base correspondente à periodicidade de pagamento que assinalou.

Instruções de Preenchimento (continuação)

TIPO DE TRABALHO (Campo 36)

Exemplos

Um 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.

CIRCUNSTÂNCIAS DO ACIDENTE

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

CAMPO 38

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 e máquinas estiveram envolvidas?
- Como foi a vítima atingida?

Exemplos que elucidam o conteúdo pretendido nas respostas 38:

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 39

Como objeto devem ser entendidos os componentes materiais do trabalho (substâncias, ferramentas, máquina, equipamento ou outros agentes que atingirem o acidentado).

Segundo a descrição dos exemplos da questão 38, a resposta ao campo 39 será:

No ex. 1. a broca

No ex. 2. a parede ou tijolo

CAMPOS 40 OU 41

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

- Executava uma tarefa normal (descreva-a).
- Executava uma tarefa ocasional (descreva-a).
- Não executava nenhuma tarefa. Ex.: deslocava-se de um lugar para outro.

Descreva a situação.

CAMPO 42

Em 1. indique o total de horas executadas antes de qualquer intervalo (para refeição ou pausa prevista por Lei, Instrumento de Regulamentação do 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

CAMPO 43

NATUREZA DA LESÃO – Assinala-se utilizando a seguinte classificação:

Contusão, ferida / contusões e feridas internas / ferida aberta / amputação / fratura exposta / fratura fechada / luxação, deslocamento / entorses, rotura de ligamentos / asfixia, inalação de gases, afogamento / intoxicação / queimaduras por calor ou frio / queimaduras por produtos químicos / efeitos de radiações / descargas elétricas / lesão não diagnosticada / outro tipo de lesão não pormenorizada, por ex.: choque, insolação paragem cardíaca, etc. ... / ignorado

CAMPO 44

PARTES DO CORPO ATINGIDAS – Assinala-se utilizando a seguinte classificação:

Cabeça, exceto os 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.

Mediador de Seguros: Banco Comercial Português, S.A., Sociedade Aberta - Sede: Praça D. João I, n.º 28, 4000-295 Porto - Capital Social 3.706.690.253,08 Euros - N.º único de matrícula e de Pessoa Coletiva 501525882. Mediador de Seguros Ligado n.º 207074605 - Data de Registo: 26/06/2007. Autorização para mediação de seguros dos Ramos Vida e Não Vida dos Seguradores Ocidental - Companhia Portuguesa de Seguros de Vida, S.A., Ocidental - Companhia Portuguesa de Seguros, S.A. e Médis - Companhia Portuguesa de Seguros de Saúde, S.A. e ainda com a Ocidental - Sociedade Gestora de Fundos de Pensões, S.A. Informações e outros detalhes do registo disponíveis em www.asf.com.pt. O Mediador não está autorizado a celebrar contratos de seguro em nome do Segurador nem a receber prémios de seguro para serem entregues o Segurador. O Mediador não assume a cobertura dos riscos inerentes ao contrato do seguro, que são integralmente assumidos pelo Segurador.

OCIDENTAL
SEGUROS

Segurador: Ocidental - Companhia Portuguesa de Seguros, S.A. Sociedade anónima com sede na Av. Dr. Mário Soares (Tagus Park), Edifício 10, Piso 1, 2744-002 Porto Salvo, pessoa coletiva n.º 501836918 e matriculada sob esse número na Conservatória do Registo Comercial de Lisboa, com o capital social de €12.500.000,00.