

OCIDENTAL
SEGUROS

Área a preencher pelo segurador

Código do Segurador

Ano

N.º de Ordem

N.º de Identificação do Acidente

Millennium
bcp

DADOS DO SEGURADOR OU ENTIDADE EQUIPARADA

1. Nome do Segurador: **Ocidental – Companhia Portuguesa de Seguros, S.A.**

DADOS DO TOMADOR DO SEGURO / ENTIDADE EMPREGADORA

2. N.º Apólice: 3. Tipo: 1. Entidade empregadora privada 2. Trabalhador independente 3. Entidade empregadora pública

4. Nome:

5. N.º de Identificação Fiscal (NIPC ou NIPS):

6. Endereço da unidade local (estabelecimento):

7. Código Postal da unidade local (estabelecimento): - Localidade:

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 do 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. N.º de Identificação Fiscal (NIPC ou NIPS): 18. Código postal da unidade local (estabelecimento): - Localidade: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. Feminino26. Data nascimento: - - 27. Data de admissão ao serviço: - -

28. Nacionalidade:

29. Estado civil legal: 1. Solteiro 2. Casado 3. Em união de facto 4. Divorciado 5. Viúvo30. N.º de dependentes a cargo: 31. N.º de Identificação Fiscal (NIPS): 32. N.º de Identificação da Segurança Social: 33. IBAN do Sinistrado:

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRADO (Continuação)

34. Relação do sinistrado com o Tomador do seguro ou com a entidade empregadora:

1. Administrador 2. Gerente 3. Familiar 4. Trabalhador 5. Viúvo

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.
 2. Contrato de trabalho com termo certo (exceto trabalho temporário).
 3. Contrato de trabalho com termo incerto (exceto 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.
 2. Prestação de trabalho suplementar.
 3. Prestação de trabalho noturno.
 4. Prestação de trabalho por turno diurno.
 5. Prestação de trabalho por turno noturno.
 6. Prestação de trabalho por turno rotativo.
 7. Intervalo de descanso.
 8. Fora do tempo de trabalho.

39. N.º de horas semanais habitualmente trabalhadas ,

40. Profissão

41. N.º 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. N.º 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 afigura a retribuição citada? - -

IDENTIFICAÇÃO DO ACIDENTE55. Data do Acidente: - - 56. Hora do Acidente: h m57. Data e Hora em que deixou de trabalhar em consequência do acidente: - - h m

58. Onde ocorreu o acidente?

1. No estabelecimento.
 2. Em serviço no exterior do estabelecimento e no tempo de trabalho.
 3. No trajeto (isto é, no percurso habitual entre a residência e o local de trabalho ou vice-versa).

59. Em que país?

60. Se ocorreu em Portugal, especifique Distrito ou Ilha / Município:

61. Especifique o local do acidente (Morada, ou no caso de seguro agrícola, nome da propriedade):

62. Dono de obra (Nome do dono de obra, no caso de seguro de construção):

63. Quem prestou ou prestará os primeiros socorros:

64. Localidade da prestação dos primeiros socorros:

65. Foi hospitalizado? 1. Sim (Se sim, responda à questão 66) 2. Não

66. Em que estabelecimento hospitalar?

67. N.º de vítimas do acidente:

68. Intervenção de meios de transporte:

1. Sem intervenção de meios de transporte.
 2. Veículo de duas rodas não motorizado.
 3. Veículo de duas rodas motorizado.
 4. Veículo ligeiro.
 5. Veículo pesado (mercadorias ou passageiros).
 6. Veículo de carris (metro, comboio, elétrico).
 9. Outro meio de transporte (barco, avião, etc.).

69. Matrícula do veículo em que seguia o sinistrado, se foi acidente de viação:

70. O acidente teve intervenção de terceiros? 1. Sim (Se sim, responda às questões 71 a 77) 2. Não

71. Nome:

72. Endereço da residência:

73. Código Postal: - Localidade:

74. País:

75. Matrícula: 76. Segurador:

77. N.º Apólice:

78. Houve intervenção da autoridade? 1. Sim (Se sim, responda às questões 79 e 80) 2. Não79. Qual a autoridade? 1. PSP 2. GNR 9. Outra (Especifique):80. N.º da participação à autoridade: /

81. Identificação de testemunha:

82. Telefone / Telemóvel:

83. Identificação de testemunha:

84. Telefone / Telemóvel:

IDENTIFICAÇÃO DO AMBIENTE DE TRABALHO E CIRCUNSTÂNCIAS DO ACIDENTE

85. Descreva pormenorizadamente o acidente:

86. Onde estava o sinistrado no momento do acidente:

(Por exemplo: zona industrial, estaleiro, pedreira, mina a céu aberto, área agrícola, zona florestal, escritório, escola, local de entretenimento, local de alojamento, estabelecimento de saúde, local público, domicílio, local de atividade desportiva, no ar, em altura, subterrâneo, sobre a água, em meio hiperbárico, etc.)

87. Qual a natureza principal do trabalho que o sinistrado estava a executar no momento do acidente:

(Por exemplo: produção, transformação, tratamento, armazenamento, terraplanagem, construção, conservação, demolição, trabalho agrícola ou florestal, trabalhos prestados às empresas e/ou à pessoa humana, trabalho intelectual, atividade desportiva, atividade artística, etc.)

88. Que tarefa executava o sinistrado no momento do acidente:

(Por exemplo: operação de máquina, trabalho com ferramentas de mão, condução ou presença a bordo de um meio de transporte, manipulação de objetos, transporte manual, em movimento, presença, etc.)

89. Que materiais e/ou objetos manipulava o sinistrado nesse momento:

(Por exemplo: porta, telhado, andaime, fossa, canos, motor, serra, x-ato, martelo, prego, faca elétrica, seringa, debulhadora, ceifeira, trator, grua, palete, veículo pesado ou ligeiro, náutico, chassis, matérias inflamáveis, animal, etc.)

90. Que acontecimentos estiveram na origem do acidente (o que aconteceu de errado, desviante do normal):

(Por exemplo: um problema elétrico, explosão, incêndio, derrubamento, transbordo, fuga, escoamento, rutura, arrombamento, rebentamento, resvalamento, queda, perda total ou parcial do controlo de máquina ou meio de transporte, escorregamento ou hesitação com queda, movimento do corpo não sujeito a constrangimento físico, movimento do corpo sujeito a constrangimento físico, susto, violência, agressão, ameaça, presença, etc.)

91. Que materiais e/ou objetos estiveram associados ao acontecimento que esteve na origem do acidente:

(Ver exemplos da Questão 89)

92. Que acontecimentos conduziram à lesão (modo como a vítima foi lesionada, contacto):

(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, constrangimento 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. N.º de horas executadas ininterruptamente até ao momento do acidente

97. N.º 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:

IDENTIFICAÇÃO COMPLEMENTAR

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**

Mediador de Seguros: Banco Comercial Português, S.A., Sociedade Aberta - Sede: Praça D. João I, n.º 28, 4000-295 Porto - Capital Social 5.600.738.053,72 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 ao 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.