FIDELIDADE
SEGUROS DESDE 1808

FIDELIDADE

PARTICIPAÇÃO DE SINISTRO ACIDENTES DE TRABALHO

PREENCHER A CANETA PRETA

IMPORTANTE:
Nos termos do decreto-lei n.º 106/2017, de 29 de agosto, este formulário de participação destina-se exclusivamente a microempresas, a trabalhadores independentes, e a trabalhadores de serviços domésticos.
As restantes entidades empregadoras estão obrigadas à realização de participação por via eletrónica, disponível na área de cliente myfidelidade empresas, em fidelidade.pt.
Depois de totalmente preenchida e assinada pelo tomador do seguro, a participação deverá ser enviada ao segurador, no prazo de 24 horas após a tomada de conhecimento do acidente de trabalho.

ÁREA A PREENCHER PELO SEGURADOR

CÓDIGO DO SEGURADOR | 1 | 0 | 1 | 1 |

Nº DE IDENTIFICAÇÃO DO ACIDENTE _____

DADOS DO SEGURADOR OU ENTIDADE EQUIPARADA

1. NOME DO SEGURADOR **FIDELIDADE - COMPANHIA DE SEGUROS, S.A.**

DADOS DO TOMADOR DO SEGURO OU ENTIDADE EMPREGADORA

2. Nº DA APÓLICE _____
3. TIPO ☐ ENTIDADE EMPREGADORA PRIVADA ☐ TRABALHADOR INDEPENDENTE ☐ 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 ☐ MASCULINO ☐ FEMININO
26. DATA DE NASCIMENTO D D M M A A A A **27.** DATA DE ADMISSÃO AO SERVIÇO D D M M A A A A
28. NACIONALIDADE _____
29. ESTADO CIVIL LEGAL ☐ SOLTEIRO ☐ CASADO ☐ EM UNIÃO DE FACTO ☐ DIVORCIADO ☐ 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
    ☐ ADMINISTRADOR ☐ GERENTE ☐ FAMILIAR ☐ TRABALHADOR ☐ OUTRO TIPO _____

LINHA ACIDENTES - 217 94 87 63 (chamada para a rede fixa nacional)

E-MAIL ACIDENTES - sinistro.at@fidelidade.pt

35. SITUAÇÃO NA PROFISSÃO

- ☐ EMPREGADOR
- ☐ TRABALHADOR POR CONTA PRÓPRIA / TRABALHADOR INDEPENDENTE COM TRABALHADORES AO SERVIÇO
- ☐ TRABALHADOR POR CONTA PRÓPRIA / TRABALHADOR INDEPENDENTE SEM TRABALHADORES AO SERVIÇO
- ☐ TRABALHADOR FAMILIAR NÃO REMUNERADO
- ☐ TRABALHADOR POR CONTA DE OUTRÉM (EXCETO ESTAGIÁRIOS, APRENDIZES E PRATICANTES)
- ☐ MEMBRO ATIVO DE COOPERATIVA DE PRODUÇÃO
- ☐ ESTAGIÁRIO OU APRENDIZ COM VÍNCULO À EMPRESA
- ☐ PRATICANTE COM VÍNCULO À EMPRESA
- ☐ OUTRA SITUAÇÃO

36. TIPO DE VÍNCULO À EMPRESA

- ☐ CONTRATO DE TRABALHO SEM TERMO
- ☐ CONTRATO DE TRABALHO COM TERMO CERTO (EXCETO TRABALHO TEMPORÁRIO)
- ☐ CONTRATO DE TRABALHO COM TERMO INCERTO (EXCETO TRABALHO TEMPORÁRIO)
- ☐ OUTROS (INCLUINDO TRABALHO TEMPORÁRIO)

37. PERÍODO NORMAL DE TRABALHO

☐ TEMPO COMPLETO ☐ TEMPO PARCIAL

38. PERÍODO EM QUE OCORRE O ACIDENTE

- ☐ PERÍODO NORMAL DE TRABALHO DIURNO
- ☐ PRESTAÇÃO DE TRABALHO SUPLEMENTAR
- ☐ PRESTAÇÃO DE TRABALHO NOTURNO
- ☐ PRESTAÇÃO DE TRABALHO POR TURNO DIURNO
- ☐ PRESTAÇÃO DE TRABALHO POR TURNO NOTURNO
- ☐ PRESTAÇÃO DE TRABALHO POR TURNO ROTATIVO
- ☐ INTERVALO DE DESCANSO
- ☐ FORA DO TEMPO DE TRABALHO

39. Nº DE HORAS SEMANAIS HABITUALMENTE TRABALHADAS HORA |__|__| : MIN. |__|__|

40. PROFISSÃO _____

41. Nº DE EMPREGADO |__|__|__|__|__|__|__|__|__|

42. DEPARTAMENTO ONDE TRABALHA _____

43. RETRIBUIÇÃO BASE |__|__|__|__|__|__| € **44.** PERIODICIDADE ☐ MENSAL ☐ SEMANAL ☐ DIÁRIA ☐ 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 AUFERE A RETRIBUIÇÃO CITADA? D D M M A A A A |__|__|__|__|__|__|__|__|

IDENTIFICAÇÃO DO ACIDENTE

55. DATA DO ACIDENTE D D M M A A A A |__|__|__|__|__|__|__|__| **56.** HORA DO ACIDENTE HORA |__|__| : MIN. |__|__|

57. DATA E HORA EM QUE DEIXOU DE TRABALHAR EM CONSEQUÊNCIA DO ACIDENTE D D M M A A A A |__|__|__|__|__|__|__|__| HORA |__|__| : MIN. |__|__|

58. ONDE OCORREU O ACIDENTE?

- ☐ NO ESTABELECIMENTO
- ☐ EM SERVIÇO NO EXTERIOR DO ESTABELECIMENTO E NO TEMPO DE TRABALHO
- ☐ 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? ☐ SIM (Responda à Questão 66) ☐ NÃO (Passe para a Questão 67)

66. EM QUE ESTABELECIMENTO HOSPITALAR? _____

67. Nº DE VÍTIMAS DO ACIDENTE |__|__|__|

68. INTERVENÇÃO DE MEIOS DE TRANSPORTE

- ☐ SEM INTERVENÇÃO DE MEIOS DE TRANSPORTE
- ☐ VEÍCULO DE DUAS RODAS NÃO MOTORIZADO
- ☐ VEÍCULO DE DUAS RODAS MOTORIZADO
- ☐ VEÍCULO LIGEIRO
- ☐ VEÍCULO PESADO (MERCADORIAS OU PASSAGEIROS)
- ☐ VEÍCULO DE CARRIS (METRO, COMBOIO, ELÉTRICO)
- ☐ 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? ☐ SIM (Responda às Questões 71 a 77) ☐ NÃO (Passe para a Questão 78)

71. NOME

72. ENDEREÇO DA RESIDÊNCIA

73. CÓDIGO POSTAL - **74.** PAÍS

75. MATRÍCULA **76.** SEGURADOR

77. Nº DA APÓLICE

78. HOUVE INTERVENÇÃO DA AUTORIDADE? ☐ SIM (Responda às Questões 79 e 80) ☐ NÃO (Passe para a Questão 81)

79. QUAL A AUTORIDADE? ☐ PSP ☐ GNR ☐ OUTRA. ESPECIFIQUE

80. Nº 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?

Selecione

87. QUAL A NATUREZA PRINCIPAL DO TRABALHO QUE O SINISTRADO ESTAVA A EXECUTAR NO MOMENTO DO ACIDENTE?

Selecione

88. QUE TAREFA EXECUTAVA O SINISTRADO NO MOMENTO DO ACIDENTE?

Selecione

89. QUE MATERIAIS E/OU OBJETOS MANIPULAVA O SINISTRADO NESSE MOMENTO?

Selecione

90. QUE ACONTECIMENTOS ESTIVERAM NA ORIGEM DO ACIDENTE (O QUE ACONTECEU DE ERRADO, DESVIANTE DO NORMAL)?

Selecione

91. QUE MATERIAIS E/OU OBJETOS ESTIVERAM ASSOCIADOS AO ACONTECIMENTO QUE ESTEVE NA ORIGEM DO ACIDENTE?

Selecione

92. QUE ACONTECIMENTOS CONDUZIRAM À LESÃO (MODO COMO A VÍTIMA FOI LESIONADA, CONTACTO)?

Selecione

93. QUE MATERIAIS E/OU OBJETOS ESTIVERAM ASSOCIADOS AO ACONTECIMENTO QUE CONDUZIU À LESÃO?

Selecione

94. A TAREFA DESCRITA É ... ☐ TAREFA HABITUALMENTE EXERCIDA ☐ TAREFA OCASIONALMENTE EXERCIDA ☐ OUTRA SITUAÇÃO

95. POSTO DE TRABALHO ☐ LOCAL HABITUAL ☐ LOCAL OCASIONAL ☐ 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? ☐ SIM ☐ NÃO (Responda às Questões 99 a 101)

99. NATUREZA DA LESÃO

Selecione

100. PARTE DO CORPO ATINGIDA

Selecione

101. CONSEQUÊNCIAS DO ACIDENTE À DATA DA DECLARAÇÃO ☐ NÃO MORTAL ☐ MORTAL

IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL PELA PARTICIPAÇÃO

LOCAL E DATA DE PREENCHIMENTO

NOME E ASSINATURA DO TOMADOR DE SEGURO OU REPRESENTANTE LEGAL

RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO DA INFORMAÇÃO POR PARTE DO TOMADOR DE SEGURO OU ENTIDADE EMPREGADORA