SOL Seguros
Seguro para todos nós

SEGURO DE ACIDENTES DE TRABALHO

Participação de Sinistro

Processo de Sinistro nº (Uso Oficial) _____

Data de entrada ___/___/_____

Uso Oficial

Nº Apólice _____

1. Coberturas Contratadas

AT – Prestação Suplementar por Assistência de Terceira Pessoa ☐ AT – Readaptação da Habitação ☐

2. Identificação do Segurado ou Entidade Empregadora

Nome ou Sigla		
Bilhete de Identidade ou NIF		
Número de pessoa colectiva		
Endereço de estabelecimento		
Bairro	Município	Cidade
Telefone Fixo	Telefone Móvel	E-mail
Caixa Postal	Actividade principal do estabelecimento	

3. Identificação do Sinistrado

Nome		
Profissão		
Residência		
Bairro	Município	Cidade
Telefone Fixo	Telefone Móvel	E-mail
Nacionalidade	Sexo: M ☐ F ☐	Data de Nascimento ___/___/_____
Bilhete de Identidade ou NIF ou Passaporte		
Data de Admissão ao Serviço	Estado Civil: Solteiro(a) ☐ Casado ☐ Viúvo(a) ☐ Divorcidado(a) ☐	
Tem dependentes ao cargo: Sim ☐ Não ☐		
Nome da pessoa que participa o acidente		
Residência		

Em que qualidade é que faz a participação?			
Presidente	☐	Repartição ou Serviço do Estado ou deste dependente	☐
Administrador	☐	Sinistrado	☐
Patrão	☐	Pessoa de sua família ou outro seu representante	☐
Encarregado de Direcção do trabalho	☐	Autoridade pública	☐
Chefe ou Director de qualquer corporação administrativa	☐	Director de estabelecimento hospitalar	☐
Administração	☐	Sucessor do sinistrado no respectivo direito	☐
Horário praticado pelo sinistrado no momento do acidente		**Situação profissional**	
Em período normal	☐	Trabalhador independente com pessoal ao serviço ou empregador/sócio	☐
Em turno fixo	☐	Trabalhador independente sem pessoal ao serviço	☐
Em turno rotativo	☐	Trabalhador por conta de outrem	☐
Outro horário	☐	Estagiário, praticante ou aprendiz, com vínculo à empresa	☐
		Outra situação	☐

Especifique:

Profissão

SOL Seguros
Seguro para todos nós

SEGURO DE ACIDENTES DE TRABALHO

Participação de Sinistro

Indique o salário, assinale a periodicidade de pagamento e indique o montante do salário	
Salário base |__|__|__|__|__|__|__|__|__|, |__|__|	Periodicidade de pagamento: Anual ☐ Mensal ☐ Semanal ☐ Diário ☐
Subsídio de Alimentação Mensal |__|__|__|__|__|__|__|__|__|, |__|__|	Subsídio de Férias |__|__|__|__|__|__|__|__|__|, |__|__|
Subsídio de Natal |__|__|__|__|__|__|__|__|__|, |__|__|	Outras Remunerações |__|__|__|__|__|__|__|__|__|, |__|__|
Salário Líquido |__|__|__|__|__|__|__|__|__|, |__|__|	
No caso de se verificar alguma das seguintes situações, indique o montante do salário	
Se o salário não for regular, indique a média dos últimos 12 meses |__|__|__|__|__|__|__|__|__|, |__|__|	
Se o sinistrado for aprendiz ou tirocinante, indique o salário médio dos oficiais da mesma categoria |__|__|__|__|__|__|__|__|__|, |__|__|	
Se o sinistrado for menor (de 18 anos) e não for aprendiz ou tirocinante, indique o salário médio do trabalhador |__|__|__|__|__|__|__|__|__|, |__|__|	

4. Dados do Acidente

Data do Acidente __ __/__ __/__ __ __ __	Hora do Acidente |__|__| horas |__|__| minutos	
Bairro	Município	Província
Data que deixou de trabalhar em consequência do acidente		
Natureza do Serviço		
Agrícola ☐	Industrial ☐	
Comercial ☐	Marítimo ☐	
Construção ☐	Transporte ☐	
Se o acidente não ocorreu no estabelecimento, indique o local do acidente		
Em serviço no exterior do estabelecimento ☐	No trajecto residência – local de trabalho ou vice-versa ☐	
Local		
Lugar (nome da propriedade no caso de Seguro Agrícola)		
Prestação dos primeiros socorros		
Quem prestou os primeiros socorros?		
Que tipo de socorro?		
Data	Hora da prestação dos primeiros socoros |__|__| horas |__|__| minutos	
Localidade		
Nome	Profissão	
Residência da pessoa que prestou os primeiros socorros		
A autoridade patronal foi devidamento caucacionada? Sim ☐ Não ☐		
Ficou hospitalizado? Sim ☐ Não ☐	Se sim, em que estabelecimento hospitalar	
Data de entrada __ __/__ __/__ __ __ __	Nº total de vítimas do acidente	
O acidente foi de viação? Sim ☐ Não ☐	O Sinistrado deslocava-se em veículo motorizado de 2 rodas? Sim ☐ Não ☐	
Se o acidente foi de viação, e da responsabilidade de terceiros, identifique o causador do acidente		
Nome do Condutor		
Nacionalidade	Sexo M ☐ F ☐	Data de Nascimento __ __/__ __/__ __ __ __
Bilhete de Identidade ou NIF ou Passaporte		
Endereço		
Bairro	Município	Cidade
Telefone Fixo	Telefone Móvel	E-mail
Matrícula do Veículo	Número da Apólice |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|	
Nome do Tomador de Seguro		
Nome da Segurador do Veículo		
Se houve a intervenção da autoridade, especifique:		

SOL Seguros
Seguro para todos nós

SEGURO DE ACIDENTES DE TRABALHO

Participação de Sinistro

5. Tipo e Ambiente de Trabalho

Que tipo de trabalho estava o Sinistrado a fazer no momento do Acidente (Ex.: trabalho em ferro fundido, nas colheitas, matadouro, etc.)?

Onde estava o Sinistrado no momento do Acidente (Ex.: no interior de um edifício, no subsolo, etc.)?

6. Circunstâncias do Acidente

Descreva pormenorizadamente o Acidente, mencionando designadamente os acontecimentos que lhe deram origem e também os acontecimentos que conduziram a lesão, mencionando as substâncias, os equipamentos, ferramentas que usava (tipo de ferramenta, máquina, etc.)

Indique o material que produziu a lesão

Escreva a tarefa que o Sinistrado executava no momento do Acidente

Causa que produziu o acidente

Condição Insegura ou perigosa ☐	Acto Inseguro ☐

Assinale a situação correspondente à tarefa descrita

A habitualmente exercida ☐	Ocasionalmente exercida ☐	Outra Situação ☐

Indique o número de horas executadas até o momento do acidente

De forma ininterrupta (sem intervalo) |__|__| horas	Total já executadas |__|__| horas

7. Detalhes da Lesão *(Anexar relatório médico)*

Natureza da lesão

Parte do corpo atingida

8. Consequências do Acidente à Data da Declaração

Sem Ausência/Ausência menor que 1 dia ☐	Ausência de 1 a 3 dias ☐	Ausência de 4 a 14 dias ☐
Ausência esperada de mais de 14 dias ☐	Incapacidade Permanente ☐	Morte ☐

Em caso de Morte (Anexar certidão de óbito e relatório da necropsia)

Data da Morte	Causa da Morte

9. Coberturas Complementares

AT – Prestação Suplementar por Assistência de Terceira Pessoa

É assistido? Sim ☐ Não ☐	Data de Início ___ ___/___ ___/___ ___ ___ ___	Horário de Assistência |__|__| horas |__|__| minutos

Por quem?

Que tipo de assitência recebe?

AT – Readaptação da Habitação

Terá de readaptar a habitação? Sim ☐ Não ☐

Como?

Onde?

Valor do orçamento: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|, |__|__|

Nome do Empreiteiro:

SOL Seguros
Seguro para todos nós

SEGURO DE ACIDENTES DE TRABALHO

Participação de Sinistro

10. Testemunhas

1. Nome		
Bilhete de Identidade ou NIF	Endereço	
Bairro	Município	Cidade
Telefone Fixo	Telefone Móvel	E-mail
2. Nome		
Bilhete de Identidade ou NIF	Endereço	
Bairro	Município	Cidade
Telefone Fixo	Telefone Móvel	E-mail

11. Declarações

1. Declaro que respondi completamente e com veracidade a todas as perguntas e verifiquei o preenchimento desta participação de sinistro. Os dados recolhidos destinam-se à regularização do sinistro pela SOL SEGUROS, SA.

2. Declaro que compreendo e aceito que o sinistro pode ser rejeitado ou reduzido se a informação não é verídica, detalhada e completa.

3. As omissões, inexactidões e falsidades serão da minha responsabilidade.

12. Assinaturas

Nome e assinatura do Tomador do Seguro ou legal representante	Data ___/___/_____
Nome e assinatura do Tomador do Seguro ou legal representante	Data ___/___/_____