

PARTICIPAÇÃO DE SINISTRO ACIDENTES DE TRABALHO

Apólice n.º

Processo n.º

01 Tomador do Seguro/ Segurado

Nome

Telefone

E-mail

NIF

Morada da Sede

02 Sinistrado

Nome

Morada

Bairro

Município

Província

E-mail

Telefone/Telemóvel

Tem dependentes a cargo?

Sim

Não

Data de Nascimento

Sexo

F

M

Naturalidade

Nacionalidade

BI/Passaporte

Estado Civil

03 Situação Profissional

Profissão

Data Admissão Serviço

Se ocupa algum cargo de gestão ou é familiar do Segurado, indique qual

Situação Profissional:

Horário praticado no momento do sinistro:

Trabalhador por Conta de Outrem

Em período normal

Trabalhador por Conta Própria ou Empregado ⁽¹⁾

Em turno fixo

Estagiário

Em turno rotativo

Praticante ou Aprendiz, com Vínculo à Empresa

Outro horário

Outra Situação

(1) Aplicável nos casos de Seguro de Acidentes de Trabalho - Trabalhador Independente

Natureza do Serviço:

Agrícola

Comercial

Industrial

Marítimo

04 Remuneração

Salário Base

USD/ AKZ

Mensal

Diário

Hora

Salário Líquido

Subsídio Alimentação/ Mês

Outros Subsídios/ Remunerações

Desde quando aufero o salário referido

Caso se verifique alguma das seguintes situações, indique o montante de 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 maior

(1) Esta participação é válida para Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais. Acidentes de Trabalho - Empregada Doméstica e Acidentes de Trabalho - Trabalhador Independente



PARTICIPAÇÃO DE SINISTRO ACIDENTES DE TRABALHO

05 Indicação do IBAN/NIB para pagamento de indemnizações

IBAN/NIB

06 Descrição do Acidente

Data e Hora do Acidente às : horas

Data em que o sinistrado deixou de trabalhar às : horas

Se o acidente não ocorreu no local de trabalho, indique em que situação ocorreu:

Em serviço no exterior do estabelecimento

No trajecto residência trabalho ou vice-versa

Utilizava veículo motorizado de 2 rodas?

Sim

Não

Local do Acidente

Bairro

Município

Província

Quem prestou os primeiros socorros

Morada

Ficou hospitalizado?

Sim

Não

Estabelecimento Hospitalar

Número total de vítimas do acidente

O acidente foi de viação?

Sim

Não

Tratando-se de um acidente de viação da responsabilidade de terceiros, indique: Nome, Morada e contacto do responsável:

Matrícula do Veículo

N.º Apólice

Seguradora

Se houve intervenção da autoridade, especifique

Que tipo de trabalho estava o sinistrado a realizar no momento do acidente

Onde estava o sinistrado no momento do acidente (ex: no interior do edifício, no subsolo)

Descreva pormenorizadamente o acidente mencionando os acontecimentos que lhe deram origem e os acontecimentos que produziram a lesão

Indique a substância, objecto ou tipo de equipamento que conduziu à lesão

Descreva a tarefa que o sinistrado executava no momento do acidente

Assinale a situação correspondente à tarefa descrita:

A habitualmente exercida

Ocasionalmente exercida

Outra situação

Indique o n.º horas executadas até ao momento do acidente:

De forma ininterrupta (s/intervalo)

Total já executadas

Indique a natureza da lesão ⁽²⁾

Indique a parte do corpo atingida ⁽²⁾

(2) Consultar listagens da página 4



PARTICIPAÇÃO DE SINISTRO ACIDENTES DE TRABALHO

07 Testemunhas

Nome			
Morada			
Contactos		Profissão	
Nome			
Morada			
Contactos		Profissão	

08 Informações Adicionais sobre o Sinistrado (Preencher apenas em caso de morte)

Nome do Pai			
Nome da Mãe			
Nome do Cônjuge			
Morada			
Telefone/ Telemóvel		E-mail	
N.º Filhos			
Nome		Data de Nascimento	
Nome		Data de Nascimento	
Nome		Data de Nascimento	
IBAN / NIB			

Observação: Caso a participação de sinistro não seja recepcionada pela Giant Seguros no prazo de 6 dias úteis, não assumiremos as despesas clínicas que nos venham a ser reclamadas, cabendo ao titular da apólice a sua liquidação.

Assinatura do Sinistrado

Assinatura do Tomador de Seguro

Assinatura

Assinatura

Data

Data

Observação: Em caso de entidade colectiva este formulário só é válido se assinado e carimbado.



PARTICIPAÇÃO DE SINISTRO ACIDENTES DE TRABALHO

09 Instruções de Preenchimento

Natureza da Lesão:

- Contusão, Ferida
- Concussões
- Concussões e Lesões Internas
- Ferida Aberta
- Amputação
- Fractura Exposta
- Fractura Fechada
- Luxação, Deslocamento
- Entorses, Rotura de Ligamentos
- Intoxicação
- Queimaduras por Calor ou Frio
- Queimaduras por Produtos Químicos
- Efeitos de Radiação
- Descarga Eléctrica
- Lesão Não Diagnosticada
- Outro Tipo de Lesão Não-Pormenorizada:
Choque, Insolação, Paragem Cardíaca, etc

Parte(s) do Corpo Atingida(s):

- Cabeça
- Olhos
- Pescoço
- Costas, Coluna
- Tórax
- Abdómen
- Ombro, Braço e Cotovelo
- Antebraço e Pulso
- Mão
- Dedos da Mão
- Articulações da Anca, Coxa e Rótula
- Articulações do Joelho, Perna e Tornozelo
- Pé
- Dedos do Pé
- Localizações Múltiplas
- Outras Lesões

10 Como Proceder em Caso de Sinistro

Em caso de Sinistro o segurado obriga-se aos seguintes procedimentos:

1. Providenciar a prestação dos primeiros socorros ao sinistrado.
2. Em caso de sinistro com gravidade, garantir, de imediato, o transporte mais conveniente do sinistrado para o hospital ou clínica mais próximos.
3. Enviar a Giant Seguros Seguros a participação de sinistro, num prazo máximo de 24h, devidamente preenchida, assinada e carimbada se houver possibilidade, o sinistrado deverá ser portador desta participação quando for transportado no primeiro tratamento.
4. Na participação, para além dos dados identificativos do sinistrado, incluindo o valor da retribuição, devem mencionar as circunstâncias em que ocorreu o acidente.
5. Também deve ser indicada na Participação de Sinistro a identificação do Tomador do Seguro e o respectivo n.º de apólice.

No caso dos Sinistros Leves:

6. Com vista a um rápido acompanhamento, caso o estado do sinistrado o permita, aconselhamos o transporte para uma Unidade de Saúde da Rede Convencionada, conforme Anexo 1.
7. O sinistrado terá que se apresentar na Unidade de Saúde da Rede Convencionada com a Participação de Sinistro devidamente assinada pelo Tomador do Seguro.

No caso dos Sinistros Graves:

8. O sinistrado deve deslocar-se ao Centro Hospitalar mais próximo e enviar os comprovativos das despesas efectuadas para a Seguradora.
9. Em caso de acidentes mortais, a empresa (Tomador do Seguro) deve de imediato dar conhecimento do facto à Seguradora (por fax, E-mail ou outra forma de comunicação por escrito igualmente rápida), sem prejuízo de posteriormente enviar a Participação

CONTACTOS DA GIANT SEGUROS

Morada _____
E-mail _____
Telefone _____

