



SEGUROS NÃO VIDA

PARTICIPAÇÃO DE SINISTRO

PROTEÇÃO SERVIÇOS DOMÉSTICOS

Resposta obrigatória a todos os campos • **IMPORTANTE:** esta participação, depois de totalmente preenchida e assinada pelo Tomador do Seguro, deverá ser enviada ao segurador, no prazo de 24 horas após a tomada de conhecimento do acidente de trabalho.

Caso prefira pode efetuar a sua participação de sinistro via eletrónica, através do link <https://pat.apseguradores.pt/>

(Área a preencher pelo segurador)

Código do Segurador: **1 1 9 2**

N.º Identificação do Acidente: _____

DADOS DO SEGURADOR OU ENTIDADE EQUIPARADA

1. Nome do segurador	Aegon Santander Portugal Não Vida, Companhia de Seguros, S.A.
----------------------	---

DADOS DO TOMADOR DE SEGURO OU ENTIDADE EMPREGADORA

2. N.º da Apólice	_____
3. Tipo	<input type="checkbox"/> 1. Entidade empregadora privada <input type="checkbox"/> 2. Trabalhador independente <input type="checkbox"/> 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)	_____ - _____
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. N.º de Identificação Fiscal (NIPC ou NIPS)	_____
18. Código postal da unidade local (estabelecimento)	_____ - _____
19. Atividade principal da unidade local (estabelecimento)	_____

PARTICIPAÇÃO DE SINISTRO

PROTEÇÃO SERVIÇOS DOMÉSTICOS

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. Nº de horas executadas ininterruptamente até ao momento do acidente
97. Nº total de horas executadas até ao momento do acidente



SEGUROS NÃO VIDA

PARTICIPAÇÃO DE SINISTRO

PROTEÇÃO SERVIÇOS DOMÉSTICOS

IDENTIFICAÇÃO DAS CONSEQUÊNCIAS DO ACIDENTE

98. O acidente teve <u>apenas</u> consequências materiais?	<input type="checkbox"/> 1.Sim	<input type="checkbox"/> 2.Não	(Se não, responda às questões 99 a 101)
99. Natureza da lesão	_____		
	(Por exemplo: Feridas ou lesões superficiais, fratura, deslocação, entorse ou distensão, amputação, concussão ou lesão interna, queimadura, congelamento, 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	<input type="checkbox"/> 1.Não mortal	<input type="checkbox"/> 2.Mortal	

IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL PELA PARTICIPAÇÃO

102. Nome	_____																		
103. Data de preenchimento	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td>Ano</td><td>Mês</td><td colspan="2">Dia</td><td colspan="4"></td></tr></table>									Ano	Mês	Dia						104. Assinatura	_____
Ano	Mês	Dia																	

IDENTIFICAÇÃO COMPLEMENTAR

DA RESPONSABILIDADE DE CADA SEGURADOR
