

PARTICIPAÇÃO DE SINISTRO

PROVIDENCIAR PARA QUE ESTA PARTICIPAÇÃO SEJA REMETIDA À SEGURADORA DENTRO DO PRAZO MÁXIMO DE 8 DIAS APÓS O ACIDENTE. O CERTIFICADO MÉDICO E O BOLETIM DE ALTA DEVEM ACOMPANHAR O SINISTRADO AO MÉDICO QUANDO DO PRIMEIRO EXAME.

APÓLICE Nº		PROCESSO Nº	
------------	--	-------------	--

TOMADOR DO SEGURO

NOME:		CLIENTE Nº:	
DOMICÍLIO OU SEDE:		COD. POSTAL:	

SINISTRADO

NOME:		DT NASCIMENTO:	
MORADA:		COD. POSTAL:	
EMAIL:		TELEFONE:	
ESTADO CIVIL:		PROFISSÃO:	
ESTÁ SEGURO EM MAIS ALGUMA COMPANHIA?		QUAL?	
TEM DESPESAS MÉDICAS?			

SINISTRO

SE FOR ACIDENTE DE VIAÇÃO, DEVERÁ INDICAR A MATRÍCULA DAS VIATURAS INTERVENIENTES, SEGURADORA E APÓLICE DE SEGURO QUE AS GARANTA E NOME DOS CONDUTORES:			
SE A COBERTURA FOR OCUPANTES DE VIATURA, DEVERÁ FAZER TANTAS PARTICIPAÇÕES QUANTOS OS SINISTRADOS.			
DATA DO SINISTRO:		HORA:	LOCAL:
DESCRIÇÃO DO ACIDENTE:			
LESÕES APRESENTADAS:			
TEVE ANTERIORMENTE SEMELHANTE LESÃO NA MESMA REGIÃO DO CORPO?			
QUEM PRESTOU OS PRIMEIROS SOCORROS?			
NOME E MORADA DO MÉDICO ASSISTENTE:			
O SINISTRADO TRABALHOU DEPOIS DO ACIDENTE?	NÃO	SIM. ATÉ QUANDO?	
DEVIDO AO ACIDENTE, O SINISTRADO FICOU INCAPACITADO DE EXERCER A SUA ACTIVIDADE PROFISSIONAL?	NÃO	SIM.	
O SINISTRADO FICOU HOSPITALIZADO?	NÃO	SIM, ONDE?	
QUANDO E ONDE PODE SER VISITADO PELOS NOSSOS SERVIÇOS?			
TESTEMUNHAS (Nomes, Idades, Moradas e Profissões):			
AUTORIDADE QUE TOMOU CONTA DA OCORRÊNCIA:			

ASSINATURA DO TOMADOR DO SEGURO: _____ DATA DA PARTICIPAÇÃO: _____

BOLETIM DE ALTA

NOTA: Responder a todos os quesitos e enviar logo após a atribuição da alta.

APÓLICE Nº:		DATA DO SINISTRO:	
NOME DO TOMADOR DO SEGURO:			
DOMICÍLIO OU SEDE:		CÓDIGO POSTAL:	

1. IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRADO

NOME:	
-------	--

2. INDICAÇÕES CLÍNICAS

A) Diagnóstico Definitivo:	
B) Data e Resultados dos RX efectuados:	
C) Data e Natureza da Intervenção Cirúrgica efectuada:	
D) Houve agravamento das Lesões?	
E) Porquê?	
F) Foram seguidas pelo Sinistrado as suas prescrições?	
G) Quantas consultas teve? E quantos pensos?	
H) Ficou completamente curado?	

3. INCAPACIDADES DEFINITIVAS - Ter em atenção a profissão do Sinistrado e o que abaixo se estipula.

A) Incapacidade Temporária Absoluta.	de		a	
B) Incapacidade Temporária Parcial: _____%	de		a	
C) Sem incapacidade.	de		a	
D) Sobreveio Invalidez Permanente em consequência deste Acidente?				
E) Descrever em pormenor:				
F) Grau de desvalorização - De acordo com a Tabela de Acidentes Pessoais				
G) Observações:				

Honorários:		(A Liquidar pelo Tomador do Seguro)
Nome do Médico:		
Morada:		

ASSINATURA DO MÉDICO _____

DATA DA ALTA: _____

<p>NATUREZA DAS INCAPACIDADES:</p> <p>Incapacidade Temporária Absoluta (I.T.A.): Enquanto o Sinistrado que exerça profissão determinada se encontre na completa impossibilidade física de atender ao seu trabalho e para o Sinistrado que não exerça profissão determinada, enquanto for obrigado a permanecer no seu domicílio sob tratamento médico.</p> <p>Incapacidade Temporária Parcial (I.T.P.): Enquanto a Pessoa Segura, que exerça profissão remunerada, se encontre apenas em parte inibida de realizar qualquer trabalho, nas condições da alínea precedente, que lhe provoque diminuição dos seus proventos. Em relação à pessoa que não exerça profissão remunerada este tipo de incapacidade não se aplica, não lhe sendo, portanto, conferido direito a quaisquer subsídios por incapacidade temporária logo que deixem de se verificar as circunstâncias que conferem direito a subsídio por incapacidade temporária absoluta (1º grau).</p> <p>Sem incapacidade (S.I.): Quando o Sinistrado que exerça ou não profissão determinada apenas receba tratamento e as lesões provenientes do acidente em nada o impeçam de exercer as suas ocupações normais.</p>

CERTIFICADO MÉDICO

APÓLICE Nº:		DATA DO SINISTRO:	
NOME DO TOMADOR DO SEGURO:			
DOMICÍLIO OU SEDE:		CÓDIGO POSTAL:	

1. Nome do Sinistrado	
2. É médico habitual do sinistrado? Em caso afirmativo, há quanto tempo o conhece ?	
3. Quando fez a primeira consulta em virtude das lesões sofridas na sequência do acidente?	
4. Ainda está a tratá-lo?	
5. Descreva com todos os detalhes as lesões que ele sofreu.	
6. A patologia verificada é unicamente resultado do acidente?	
7. O sinistrado sofre, além das presentes lesões, de qualquer outra doença ou defeito físico? Na afirmativa, indicar a sua natureza e qual a sua influência no restabelecimento.	

8. INCAPACIDADES PREVISTAS - Ter em atenção a profissão e o que abaixo se estipula

A) Incapacidade Temporária Absoluta		dias	
B) Incapacidade Temporária Parcial: _____%		dias	
C) Sem incapacidade.		dias	Data provável da alta definitiva :

CERTIFICO QUE AS DECLARAÇÕES ACIMA SÃO EXATAS.

Nome do Médico:	
Morada:	

ASSINATURA DO MÉDICO _____

DATA: _____

<p>NATUREZA DAS INCAPACIDADES:</p> <p>Incapacidade Temporária Absoluta (I.T.A.): Enquanto o Sinistrado que exerça profissão determinada se encontre na completa impossibilidade física de atender ao seu trabalho e para o Sinistrado que não exerça profissão determinada, enquanto for obrigado a permanecer no seu domicílio sob tratamento médico.</p> <p>Incapacidade Temporária Parcial (I.T.P.): Enquanto a Pessoa Segura, que exerça profissão remunerada, se encontre apenas em parte inibida de realizar qualquer trabalho, nas condições da alínea precedente, que lhe provoque diminuição dos seus proventos. Em relação à pessoa que não exerça profissão remunerada este tipo de incapacidade não se aplica, não lhe sendo, portanto, conferido direito a quaisquer subsídio por incapacidade temporária logo que deixem de se verificar as circunstâncias que conferem direito a subsídio por incapacidade temporária absoluta (1º grau).</p> <p>Sem incapacidade (S.I.): Quando o Sinistrado que exerça ou não profissão determinada apenas receba tratamento e as lesões provenientes do acidente em nada o impeçam de exercer as suas ocupações normais.</p>
--

APÓLICE Nº		PROCESSO Nº	
------------	--	-------------	--

AVISO DE PRIVACIDADE E PROTEÇÃO DE DADOS

Responsável pelo Tratamento do Ramo Una Seguros, S.A.	Av. de Berna, 24-D, 1069-170 Lisboa Telefone: Lisboa – 217 923 100; Porto – 226 072 820 una@unaseguros.pt
Encarregado de Proteção de Dados	Av. de Berna, 24-D, 1069-170 Lisboa dpo@unaseguros.pt

DIREITOS DO TITULAR DOS DADOS

O titular dos dados pode, a qualquer momento, através de comunicação escrita, por carta ou e-mail, dirigida ao Segurador, solicitar o exercício dos seguintes direitos: acesso, retificação ou apagamento dos dados, limitação ou oposição ao tratamento, e portabilidade dos dados. O deferimento do pedido está dependente da sua conformidade com as disposições legais e contratuais aplicáveis. O requerente deverá fazer prova, através de apresentação de documento de identificação, de que é o efetivo titular dos dados e, consequentemente, de tais direitos. O titular tem ainda o direito de apresentar uma reclamação à Comissão Nacional de Proteção de Dados, se considerar que o tratamento dos seus dados pessoais não é conforme à regulamentação aplicável.

Para poder oferecer produtos e serviços adequados às necessidades e exigências do titular dos dados, e para melhorar a sua experiência enquanto cliente, o Segurador elabora um "perfil comercial" com base na informação fornecida. O Segurador garante que não serão tomadas quaisquer decisões automatizadas com base nesse perfil.

PERÍODO DE CONSERVAÇÃO DOS DADOS

O Segurador conserva os dados pessoais pelo período de tempo necessário à execução do contrato, e pelo prazo máximo de 20 anos após o termo da relação contratual, que corresponde ao prazo legal de prescrição civil, na medida em que os dados recolhidos podem ser necessários para a resolução de um litígio, sem prejuízo da conservação dos dados por prazo imposto por obrigação legal.

TRANSFERÊNCIA E PARTILHA DE DADOS

Os dados pessoais são partilhados com as Empresas que integram o Grupo, e com as entidades subcontratadas para realizar o tratamento por conta do Segurador, designadamente, para gestão do contrato e gestão de sinistros. O Segurador garante que as entidades oferecem garantias de segurança e idoneidade suficientes.

A transferência de dados para país terceiro está limitada ao necessário para efeitos de resseguro. Os dados pessoais transferidos, sempre que possível e razoável, são anonimizados.

FINALIDADES E FONTES DE LEGITIMAÇÃO DO TRATAMENTO

Os dados pessoais constantes deste documento serão processados e conservados pelo Segurador para as seguintes finalidades: (a) celebração e gestão do contrato de seguro; gestão de sinistros; estatística e gestão atuarial; e gestão financeira e contabilística; (b) cumprimento de disposições legais, regulamentares e administrativas; (c) marketing e ações comerciais; e (d) monitorização da qualidade dos serviços prestados; e prevenção e combate à fraude. O tratamento dos dados pessoais para as finalidades ora mencionadas é lícito na medida em que, respetivamente: (a) é necessário para a realização de diligências pré-contratuais e para a execução do contrato; (b) é necessário para o cumprimento de uma obrigação jurídica do Segurador; (c) o titular dos dados tiver consentido expressamente nesse tratamento; e (d) é necessário para efeito dos interesses legítimos prosseguidos pelo Segurador. O fornecimento dos dados pessoais obrigatórios é imprescindível para a celebração e execução do contrato, pelo que, se o titular não o fizer, não é possível a respetiva celebração. Os dados pessoais facultativos são de fornecimento opcional, pelo que, se não o fizer, a celebração do contrato de seguro não é prejudicada. As omissões e inexatidões são da responsabilidade do Tomador do Seguro e da(s) Pessoa(s) Segura(s).

CONSENTIMENTO DO TITULAR DOS DADOS

Nesse sentido, solicita-se o consentimento do titular dos dados para as seguintes finalidades de tratamento:

Para efeitos de celebração e gestão do contrato de seguro e de gestão de sinistros, quando estão em causa dados de saúde: O tratamento de dados sensíveis, designadamente, dados de saúde, só é permitido caso o titular dos dados o consinta explicitamente. O tratamento dos dados de saúde é imprescindível para a celebração do contrato (análise do risco proposto), bem como para a execução do contrato e gestão do eventual sinistro (indispensável à determinação do capital devido ou ao apuramento de exclusões de cobertura ou de outras circunstâncias impeditivas ou extintivas do direito do titular). Assim, se o titular não fornecer o consentimento, estará a obstar à celebração do contrato, e, se retirar o consentimento na vigência do mesmo, estará a impossibilitar a respetiva execução.

Consinto / **Não consinto** - no tratamento de dados de saúde para a celebração e gestão do contrato, bem como para a gestão de sinistros, autorizando o Segurador, mesmo após a minha morte, a obter de quaisquer médicos, hospitais ou serviços de saúde, os dados clínicos necessários aos indicados fins, e desonerando, para o efeito, de segredo médico as referidas entidades.

Pessoa Segura | Assinatura _____

DECLARAÇÕES

Declaro que me foram prestadas as informações pré-contratuais legalmente previstas, tendo-me sido entregue, para o efeito, o documento respetivo, para delas tomar integral conhecimento, e que me foram prestados todos os esclarecimentos de que necessitava para a compreensão do contrato, nomeadamente sobre as garantias e exclusões.

Declaro ainda, que o Segurador me informou do meu dever de lhe comunicar com exatidão todas as circunstâncias que conheça e razoavelmente deva ter por significativas para a apreciação do risco, bem como das consequências do incumprimento de tal dever.

Por último declaro que, para os devidos efeitos contratuais, dou completa adesão à subscrição do Contrato de Seguro de Grupo acima mencionado.

A PESSOA SEGURA _____ **LOCAL E DATA** _____