

# IMPRESSO DE PARTICIPAÇÃO DE SINISTRO



A Combined Insurance (uma marca do Grupo Chubb) paga com a maior brevidade possível todos os sinistros genuínos. Efetuamos uma análise cuidadosa de todos os sinistros participados. Esta ação permite-nos manter os nossos seguros a um baixo custo, garantindo que os nossos clientes fiéis não são penalizados por participações de sinistros fraudulentas. Tomamos todas as medidas ao nosso alcance para combater a fraude e, por conseguinte, todos os segurados que participem um sinistro de forma exagerada ou fraudulenta arriscam-se a ser perseguidos judicialmente. Caso tenha conhecimento que determinado sinistro está a ser participado de forma fraudulenta, poderá contactar a Linha Direta Anti-Fraude da Combined Insurance: **21 440 24 01** (Custo: Chamada para rede fixa nacional) que, sendo um serviço independente, **é completamente confidencial.**

IMPORTANTE: Para evitar atrasos na gestão da sua participação de sinistro, assegure-se por favor que o impresso está devidamente preenchido.

N.º PARTICIPAÇÃO \_\_\_\_\_

Apólices N.ºs: \_\_\_\_\_

NOME COMPLETO DA PESSOA SEGURA: \_\_\_\_\_

MORADA: \_\_\_\_\_

CÓDIGO POSTAL: \_\_\_\_\_

TELEFONE: \_\_\_\_\_

DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_\_

DD MM AAAA

ALTURA: \_\_\_\_\_

PESO: \_\_\_\_\_

NOME E MORADA DA EMPRESA EM QUE TRABALHA: \_\_\_\_\_

PROFISSÃO: \_\_\_\_\_

E-MAIL: \_\_\_\_\_

Para autorizar que sejam dadas informações sobre o estado do presente sinistro a um terceiro, por favor indique-nos a seguinte informação para sua identificação:

NOME COMPLETO: \_\_\_\_\_

GRAU DE PARENTESCO/TIPO DE RELAÇÃO COM O SEGURADO: \_\_\_\_\_

DATA DE NASCIMENTO: \_\_\_\_\_

DD MM AAAA

NIF/N.ºCC: \_\_\_\_\_

## PARTICIPAÇÃO DE DOENÇA:

Data dos primeiros sintomas: \_\_\_\_\_

DD MM AAAA

Data da primeira consulta: \_\_\_\_\_

DD MM AAAA

Já alguma vez sofreu desta condição ou semelhante?

Sim  Não

Se SIM em que data: \_\_\_\_\_

DD MM AAAA

Doença pela qual está a participar: \_\_\_\_\_

Em que hospital, Centro de Saúde ou por que médico foi assistido: \_\_\_\_\_

Entre que datas esteve internado no hospital?

Data de Admissão

DD MM AAAA

Data de Alta:

DD MM AAAA

Esteve internado numa unidade de cuidados intensivos?

Se SIM:

De:

DD MM AAAA

A:

DD MM AAAA

Nome e morada dos médicos que o atenderam e centro de saúde do seu médico de família: \_\_\_\_\_

INCAPACIDADE TOTAL

Entre que datas esteve absolutamente incapacitado de exercer qualquer tarefa?

De

Primeiro dia de incapacidade total:

DD MM AAAA

Até

Último dia de incapacidade total:

DD MM AAAA

INCAPACIDADE PARCIAL

Entre que datas esteve parcialmente incapacitado de exercer algumas tarefas?

De

Primeiro dia de incapacidade parcial:

DD MM AAAA

Até

Último dia de incapacidade parcial:

DD MM AAAA

Declaro que, tanto quanto é do meu conhecimento, todas as afirmações acima correspondem à verdade e que não omiti qualquer informação que pudesse afetar o tratamento desta participação.

Data:

DD MM AAAA

Assinatura da Pessoa Segura

(se for menor, assinatura dos Pais): \_\_\_\_\_

Caso pretenda receber o pagamento da prestação devida na mesma conta onde são efetuadas as cobranças, por favor, assinale aqui  Em alternativa indique o IBAN da pessoa segura no qual pretende receber, em caso de pagamento, a indemnização mencionada no(s) "Plano(s) Combined Insurance" subscrito(s).

Número de identificação bancária (IBAN): \_\_\_\_\_

## CLÁUSULA DE PROTEÇÃO DE DADOS

A Chubb European Group SE- Sucursal em Portugal (abreviadamente designada por “Chubb”), como responsável pelo tratamento dos seus dados, informa-o que os seus dados pessoais serão incorporados num ficheiro para a finalidade de gerir a sua apólice de seguro o que inclui eventual regularização de eventos ao abrigo dela participados.

A Chubb pertence a um grupo global, e os dados pessoais do titular, incluindo os sensíveis atinentes ao seu estado de saúde, podem ser transferidos para outras empresas do Grupo, localizadas noutros países, caso se revele necessário para assegurar cobertura ao abrigo de uma apólice de seguro ou para conservar os mesmos. Por outro lado, a Chubb recorre a serviços de diversos fornecedores acreditados que também poderão aceder a dados pessoais, sob regime de absoluta confidencialidade e mediante as instruções e controlo da Chubb.

O titular dos dados autoriza ainda o segurador a, se necessário for, partilhar informação atinente ao seu sinistro com a Associação Portuguesa de Seguradores, com a finalidade única e legalmente prevista da prevenção da fraude a que o segurador se encontra sujeito, tudo em cumprimento do mais rigoroso regime de sigilo e confidencialidade e dentro dos limites legalmente fixados.

**A Chubb gere cuidadosamente os sinistros que lhe são participados e assegura, como é prática comum no setor segurador, a monitorização de sinistros fraudulentos. Por esse motivo, a Chubb poderá ter de tratar dados atinentes ao seu estado de saúde, que sejam relevantes para a análise do seu sinistro e, quando relevante, à saúde de outras pessoas relevantes/titulares dos dados. Deverá assegurar-se que quando faculta à Chubb dados pessoais de outros titulares, estes compreendem e não se opõem ao tratamento dos seus dados pela Chubb (quando exigido ao abrigo da legislação aplicável) e autorizam a Chubb a proceder ao referido tratamento para as finalidades aqui descritas.**

**Não iremos utilizar os dados pessoais atinentes ao seu estado de saúde para quaisquer outras finalidades e cumprimos sempre os termos (incluindo as normas de segurança) referidos na nossa Política de Privacidade. Informamos que caso nos dê o seu consentimento, assiste-lhe o direito de retirar o mesmo a qualquer momento, no entanto, a retirada de consentimento para tratar os seus dados, poderá afetar a nossa capacidade de processarmos eventuais sinistros futuros que nos sejam participados.**

Ao titular dos dados, assistem-lhe determinados direitos em relação ao tratamento dos seus dados, incluindo direitos de acesso e, em determinadas circunstâncias, de apagamento.

Para mais informações, a Chubb recomenda vivamente a leitura da acessível Política de Privacidade da Chubb, disponível em: <https://www2.chubb.com/pt-pt/footer/privacy-policy.aspx>. Caso pretenda, o titular dos dados poderá solicitar a qualquer momento, uma cópia em papel da Política de Privacidade, bastando para tal remeter o seu pedido para: [dataprotectionoffice.europe@chubb.com](mailto:dataprotectionoffice.europe@chubb.com)

**Para prosseguirmos com a análise do seu sinistro, precisamos obter o seu consentimento para tratar os seus dados pessoais sensíveis, designadamente os atinentes ao seu estado de saúde. Para autorizar o referido tratamento deverá assinar esta autorização no campo reservado para o efeito.**

Assinatura da Pessoa Segura (igual à do DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO):

Se for menor devem ser os pais a assinar.

ASSINATURA:

Data:

# ATESTADO MÉDICO

(Este atestado deve ser preenchido por um médico, a expensas da pessoa segura se for caso disso)

Nome de pessoa segura: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: DD MM AAAA

Morada: \_\_\_\_\_

1. Quando foi a primeira vez que assistiu a pessoa segura em consequência da referida doença? DD MM AAAA

2. Continua a prestar-lhe assistência? Sim  Não

3. Em caso de **Doença**, confirme, por favor:

a) Qual a Doença? \_\_\_\_\_

b) Data do início dos sintomas apresentados: DD MM AAAA

c) Caso o diagnóstico tenha sido efetuado com auxílio de algum exame, por favor, indique qual e em que data foi efetuado:

DD MM AAAA

d) Se o sinistro é enfarte cardíaco, como foi o diagnóstico clínico confirmado? \_\_\_\_\_

e) São os sintomas de que a pessoa segura se queixa devidos:

I) apenas à doença

II) Atribuíveis a qualquer outra causa? Se SIM, dê detalhes, por favor: \_\_\_\_\_

f) Que tratamento foi efetuado? \_\_\_\_\_

g) Para a doença participada quanto tempo prevê que a incapacidade total pode durar? \_\_\_\_\_

4. Se é o médico habitual que trata a pessoa segura, conhece algo da história do seu paciente que possa ter contribuído direta ou indiretamente para a ocorrência da doença ou possa de alguma forma retardar a sua recuperação?

5. Se o participante já sofreu anteriormente da presente doença, diga por favor, quando e que tratamento lhe foi dado:

6. Está ou esteve a pessoa segura confinada à sua cama, quarto ou casa em resultado da doença?

Se SIM, forneça, por favor as datas, referindo se foi por indicação sua: DD MM AAAA

7. a) Desde que data está o participante incapacitado de executar qualquer tarefa devido à doença?

De: Primeiro dia de incapacidade absoluta

DD MM AAAA

A: Último dia de incapacidade absoluta:

DD MM AAAA

b) Desde que data está o participante incapacitado de executar algumas tarefas devido à doença?

De: Primeiro dia de incapacidade parcial:

DD MM AAAA

A: Último dia de incapacidade parcial:

DD MM AAAA

Se o participante é um estudante, indique por favor:

I) as datas em que o estudante não podia comparecer na escola de todo, e \_\_\_\_\_

II) comparecendo na escola, não podia participar em todas as atividades \_\_\_\_\_

8. a) Se a pessoa segura esteve internada num hospital devido a esta situação, indique por favor, o nome do hospital e as datas de internamento:

Baixa Hospitalar: DD MM AAAA Alta Hospitalar: DD MM AAAA Hospital: \_\_\_\_\_

b) Foi qualquer parte do internamento passada na unidade de cuidados intensivos? Se SIM, foi:

De: DD MM AAAA

A: DD MM AAAA

9. Se o participante já regressou ao trabalho, confirme por favor, a data em que a incapacidade total cessou: DD MM AAAA

NOME DO MÉDICO: \_\_\_\_\_ ESPECIALIDADE: \_\_\_\_\_

MORADA: \_\_\_\_\_

ASSINATURA E VINHETA:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

DATA:

DD MM AAAA



## DECLARAÇÃO DA ENTIDADE PATRONAL (CARIMBADA)

Nome do Empregado: \_\_\_\_\_

Ocupação desempenhada na empresa: \_\_\_\_\_

### Representante da Entidade Patronal

Nome: \_\_\_\_\_

Função: \_\_\_\_\_

Em caso de acidente: foram as lesões sofridas no local de trabalho? Sim  Não

INCAPACIDADE ABSOLUTA – Entre que datas o empregado não executou qualquer tarefa:

De: DD MM AAAA

A: DD MM AAAA

INCAPACIDADE PARCIAL – Entre que datas o empregado não executou algumas tarefas:

De: DD MM AAAA

A: DD MM AAAA

Carimbo (Obrigatório)

ASSINATURA: \_\_\_\_\_

DATA: DD MM AAAA

### Trabalhadores por Conta Própria: a completar pela pessoa segura

Natureza da Atividade: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Morada: \_\_\_\_\_

Código Postal: \_\_\_\_\_

Localidade: \_\_\_\_\_

Em caso de acidente: foram as lesões sofridas no local de trabalho? Sim  Não

INCAPACIDADE ABSOLUTA – Entre que datas o empregado não executou qualquer tarefa:

De: DD MM AAAA

A: DD MM AAAA

INCAPACIDADE PARCIAL – Entre que datas o empregado não executou algumas tarefas:

De: DD MM AAAA

A: DD MM AAAA

Data: DD MM AAAA

Cargo: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

## DECLARAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE ENSINO (CARIMBADA)

Nome do Estudante: \_\_\_\_\_

Estabelecimento de ensino: \_\_\_\_\_

Em caso de acidente: foram as lesões sofridas no local no Estabelecimento de Ensino? Sim  Não

INCAPACIDADE ABSOLUTA – Entre que datas o estudante faltou a todas as disciplinas:

De: DD MM AAAA

A: DD MM AAAA

INCAPACIDADE PARCIAL – Entre que datas o estudante faltou a algumas disciplinas:

De: DD MM AAAA

A: DD MM AAAA

### Representante do Estabelecimento de Ensino

Nome: \_\_\_\_\_

Função: \_\_\_\_\_

Carimbo (Obrigatório)

ASSINATURA: \_\_\_\_\_

DATA: DD MM AAAA

