

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** 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 ACIDENTE:

Data e hora do acidente: DD MM AAAA Natureza das lesões: _____

Indique, por favor, o local exato em que se encontrava quando ocorreu o acidente: _____

Descreva, por favor, detalhadamente como ocorreu acidente? _____

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

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 facultada 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

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:

D	D	M	M	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---

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 do acidente referido? DD MM AAAA

2. Continua a prestar-lhe assistência? Sim Não

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

a) Lesões sofridas: _____

b) Data do acidente: DD MM AAAA

c) Zonas do corpo afetadas (se for mão ou braço, pé ou perna, diga se se trata do esquerdo ou direito): _____

d) Se for membro superior, indique, por favor, se a pessoa segura é destra ou canhota: _____

e) Natureza e extensão das lesões: _____

f) São os sintomas de que o participante se queixa devidos:

I) apenas ao acidente ou

II) atribuíveis a qualquer outra causa? Se SIM, dê detalhes, por favor: _____

g) Tanto quanto é do seu conhecimento, qual foi a causa do acidente? _____

h) Que tratamento foi efetuado? _____

i) Para as lesões participadas 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 do acidente ou possa de alguma forma retardar a sua recuperação? _____

5. Se o participante já sofreu anteriormente das presentes lesões físicas, indique 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 do acidente?

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 ao acidente?

De: Primeiro dia de incapacidade total
DD MM AAAA

A: Último dia de incapacidade total:
DD MM AAAA

b) Desde que data está o participante incapacitado de executar algumas tarefas devido ao acidente?

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. Se a pessoa segura sofreu perda de visão, fala ou audição, é esta perda total e definitiva? Sim Não % de perda _____

9. 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:

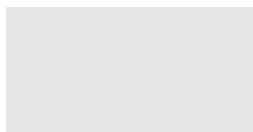
De: DD MM AAAA A: DD MM AAAA

10. 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 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