



Instruções de Preenchimento

Participação de Sinistro por Invalidez Absoluta e Definitiva

Passo 1: Consulte a sua documentação sobre as Condições do Seguro

Notas Importantes

- Estão excluídas todas as patologias pré existentes à data da adesão a este seguro, bem como toda ou qualquer patologia futura com relação directa ou indirecta com as mesmas.
 - ✓ Se a causa da Invalidez está relacionada com qualquer das situações acima descritas o processo não será aceite.
- Enquanto o processo estiver a ser analisado, os seus compromissos de pagamento deverão ser mantidos

A sua apólice de seguro inclui os termos e condições que devem ser cumpridos para que a sua cobertura seja válida. Ao assinar a sua apólice de seguro foi-lhe fornecido um documento que detalha quais são essas condições. Por favor verifique essa documentação de orientação para validar as condições específicas da sua cobertura.

Passo 2: Preencher a sua Participação de Sinistro

Como preencher a participação de sinistro

- Certifique-se de que nenhuma das questões colocadas ficou por responder - todas as informações que solicitamos são imprescindíveis para analisar o seu pedido o mais rápido possível
- Certifique-se de que anexou toda a documentação necessária (indicada no passo 3)
- Certifique-se de que assinou e indicou a data da participação – sem a sua assinatura de consentimento (ou do seu representante) não podemos analisar o seu pedido.

Passo 3: Recolher a Documentação de Apoio Necessária

Para avaliação do seu processo é imprescindível que anexe à participação, os seguintes documentos:

- O seu médico deve preencher a secção “Informação Clínica”.
 - em alternativa: relatório médico com informação detalhada
- Caso tenha sido submetido a internamento, por favor envie-nos cópia do Relatório de Alta Hospitalar
- Cópia do certificado de incapacidade
- Cópia da resposta da Segurança Social ao pedido de assistência de terceira pessoa. – Complemento por dependência

VEJA NO VERSO DA PAG. EXEMPLOS DE DOCUMENTOS NECESSÁRIOS

NOTA IMPORTANTE: agradecemos que nos envie a participação de sinistro apenas quando tiver recolhido todos os documentos em cima descritos porque, só assim nos será possível analisar o seu processo de sinistro de forma completa e o mais rápido possível.

Passo 4: Quais os Próximos Procedimentos?

Após a recepção desta participação devidamente preenchida e documentada iremos registar o seu processo e atribuir-lhe um número de referência. Este número será mencionado na nossa correspondência, por favor utilize-o (nº do processo) em todas as comunicações futuras com a Companhia de Seguros (telefone, fax, carta ou email).

Posteriormente, analisaremos o seu processo de acordo com os termos e condições da sua apólice de seguro. Esta análise demorará 10 dias úteis, período em que irá receber uma carta a informar o teor da nossa decisão:

- Em caso de pagamento, na carta explicaremos o valor pago e modo de pagamento.
- Se não podermos aceitar o seu pedido, na carta explicaremos o fundamento da decisão tomada.
- Caso não envie toda a documentação acima descrita, será enviada nova carta solicitando os documentos em falta. Este pedido adicional de informação irá aumentar o tempo de resolução do seu processo.

Nota Importante: O processo será analisado pelo nosso Departamento Médico, pelo que, a Companhia reserva-se no direito de solicitar informação complementar, caso seja necessário.

Exemplo de documentos a anexar à participação:

Exemplo da carta resposta da Segurança Social a deferir o pedido de Pensão por Invalidez

	<table border="1"><tr><td>Forma Mêsada</td><td>DATA</td></tr><tr><td>8.2.4</td><td>2011-02-11</td></tr></table>	Forma Mêsada	DATA	8.2.4	2011-02-11
Forma Mêsada	DATA				
8.2.4	2011-02-11				
	<table border="1"><tr><td>Assunto:</td></tr><tr><td>Requerimento de <input checked="" type="checkbox"/> Pensão por Invalidez <input type="checkbox"/> Pensão por Velhice</td></tr></table>	Assunto:	Requerimento de <input checked="" type="checkbox"/> Pensão por Invalidez <input type="checkbox"/> Pensão por Velhice		
Assunto:					
Requerimento de <input checked="" type="checkbox"/> Pensão por Invalidez <input type="checkbox"/> Pensão por Velhice					

Ex.º Sr.

Letificação aplicada:
N.º 1877/2007, de 10 de Maio
LEI 64-A/2006, de 31 de Dezembro

N.º de identificação

Informo V.ª Ex.ª que, no uso da competência delegada pelo Director deste Centro, o requerimento de pensão oportunamente apresentado foi DEFERIDO ao abrigo da legislação acima indicada.

A pensão por INVALIDEZ ABSOLUTA tem início em 2010-12-17 sendo o seu valor actual Euros.

O pagamento dos valores a que tem direito será efectuado no mês de 2011-03, através de CAIXA GERAL DE DEPOSITOS, a partir de 2011-05-10

Das páginas seguintes do presente ofício, encontram-se discriminados todos os elementos de correia contributiva que foram considerados para o cálculo da pensão.

O valor da pensão agora atribuída tem carácter provisório, visto se encontrar em falta:

- Informação sobre a totalidade da correia contributiva a/bu dos salários necessários ao cálculo da pensão.
- Decisão do Orçamento Estreito sobre o pedido de pensão formulado.

Este Centro, logo que disponha dos elementos considerados em falta, procederá a um novo cálculo e notificará V.ª Ex.ª do valor definitivo da pensão.

Com os melhores cumprimentos.

O Director da Segurança Social do CNP

(José Barros)

Notas:

- Esta ofício deverá ser apresentado no Centro de Saúde, para aplicação das taxas moderadoras do Serviço Nacional de Saúde.
- No seu interesse, deve sempre comunicar qualquer alteração de endereço ou mudança de residência.

Med CNP 10001

Exemplo da carta resposta comprovativo da atribuição de auxílio de terceira pessoa emitido pela Segurança Social

	<table border="1"><tr><td colspan="2">Pessoa referida</td></tr><tr><td>Data</td><td>Número</td></tr><tr><td>2008/01/25</td><td>5.3.1</td></tr></table>	Pessoa referida		Data	Número	2008/01/25	5.3.1
Pessoa referida							
Data	Número						
2008/01/25	5.3.1						
	<table border="1"><tr><td>N.º de identificação</td><td>Assunto:</td></tr><tr><td></td><td>Inclusão / Alteração de Complemento por Dependência</td></tr></table>	N.º de identificação	Assunto:		Inclusão / Alteração de Complemento por Dependência		
N.º de identificação	Assunto:						
	Inclusão / Alteração de Complemento por Dependência						

Ex.º Sr.

R 25 ABRIL
MAFRA
2640-577 MAFRA

Relativamente ao requerimento de Complemento por Dependência, apresentado a este Centro, Informa-se V.ª Ex.ª que, dentro dos próximos dois meses, ser-lhe-ão enviados, juntamente com a Pensão, valores atrasados referentes a:

- Pagamento do Complemento por Dependência de 1º Grau no montante global de Euros. O valor mensal a pagamento referente a Pensão mais Complemento passará a ser de Euros.
- Alteração do Complemento por Dependência, a partir de de 1º para 2º Grau, no montante global de Euros. O valor mensal a pagamento referente a Pensão mais Complemento passará a ser de Euros.

Com os melhores cumprimentos.

O Director do CNP

(José Barros)

Med. CNP 10001

SISTEMAS
218401012

Preço de Lisboa, 2 - 1001-100 LISBOA

SERVIÇO INFORMATIVO - Rua do Entrecampos, 57

Pode enviar a documentação para:

Depois de completar o formulário na íntegra e anexar toda a documentação, poderá enviar-nos através de:

Correio: Avenida da Liberdade, N.º 38 - 7.º, 1269-069 Lisboa

Email: digitalize a sua participação e documentação e envie para email "clp.pt.sinistros@partners.axa"

Se possível, sugerimos que guarde uma cópia deste formulário bem como da documentação que anexa, pode ser útil no futuro.



Participação de Sinistro por Invalidez Absoluta e Definitiva

Dados pessoais - a completar pela Pessoa Segura

Nome completo

Morada

Código Postal

_____ - _____

Localidade

Nº de Telefone

Email

Data de Nascimento

____ / ____ / ____

Nº de Contribuinte

Já activou este seguro anteriormente? Sim Não

Se sim, detalhe

Causa da invalidez:

A invalidez foi motivada por um acidente? Sim Não

Se sim, por favor especifique as lesões e o local onde
ocorreu o acidente

Esteve hospitalizado? Sim Não

Nome do Hospital

Nome e morada do Médico que diagnosticou a presente
invalidez

Nome _____

Morada _____

Pode indicar um representante a quem possamos prestar informações futuras sobre o estado do presente sinistro:

Nome Completo _____

Nº Telefone _____ Relação com a Pessoa Segura _____

Elementos sobre o Contrato

Nº de Contrato _____

Data de Inicio ____ / ____ / _____

Informação Clínica – a completar pelo Médico Assistente

Nome do paciente

Data de Nascimento

____ / ____ / _____

Data da invalidez total e definitiva

____ / ____ / _____

Data do primeiro diagnóstico da patologia que motivou a invalidez

____ / ____ / _____

Causa da Invalidez Absoluta e Definitiva

Quais os tratamentos efectuados?

Tem conhecimento de outras patologias que o paciente tenha sofrido, que possam estar relacionadas com a presente Invalidez? Sim Não

Se sim, por favor detalhe

Sabe se o doente foi ou está a ser tratado por outros Médicos?

Sim

Não

Porque motivo?

Nome /Morada do Médico

NOME E MORADA DO MÉDICO ASSISTENTE

Nome _____

Especialidade _____

Nº de contacto _____

Assinatura _____

Vinheta e/ou Nº Cédula Profissional

Data: ____ / ____ / _____



DECLARAÇÃO

Declaro que reúno as condições para apresentar uma participação de sinistro no âmbito dos termos e condições da minha apólice, bem como para receber a prestação do Segurador em conformidade.

Declaro que, tanto quanto é o meu conhecimento, a informação ora prestada é verdadeira e tenho conhecimento que caso forneça deliberadamente informação incorreta, terei de reembolsar qualquer benefício que me tenha sido pago. Também tenho conhecimento que poderei perder todos os direitos ao abrigo da minha apólice e que poderei ser alvo de ação judicial. Compreendo e dou o meu consentimento explícito para que os meus dados de saúde e quaisquer outros dados pessoais fornecidos por mim serão tratados pela AXA France Iard e pela AXA France Vie (os “Co-Responsáveis pelo Tratamento de Dados”), pelos seus agentes e companhias associadas, outros seguradores, reguladores, associações setoriais e organismos públicos (incluindo as autoridades policiais) e as suas agências, para as finalidades de execução deste e de outros contratos de seguro, gestão de sinistros e prevenção da fraude. A legitimidade para o tratamento fundamenta-se na execução do contrato e no legítimo interesse dos Responsáveis pelo Tratamento. Tomei igualmente conhecimento que este tratamento poderá implicar a transferência dos meus dados pessoais para outros países que, de um ponto de vista da proteção de dados pessoais, poderão não oferecer um nível adequado de proteção e quando sejam transferidos os dados para responsáveis pelo tratamento ou subcontratantes localizados nesses países, tais transferências serão efetuadas ao abrigo das Regras Corporativas Vinculativas aprovadas pelo Grupo AXA ou de acordo com o modelo de cláusulas aprovadas pela UE. Tomei ainda conhecimento que os Corresponsáveis pelo Tratamento de Dados implementaram as medidas adequadas para proteger os meus dados, tendo tomado em conta os riscos associados ao tipo de tratamento e as categorias de dados em causa. Tenho o direito de aceder aos meus dados pessoais detidos pelos Corresponsáveis pelo Tratamento de Dados. Caso verifique que os meus dados pessoais detidos pelos Corresponsáveis pelo Tratamento de Dados não estão corretos, tenho o direito de requerer que os mesmos sejam retificados ou atualizados. Tomei conhecimento que também tenho o direito de requerer o apagamento dos meus dados pessoais, dentro dos limites impostos pela lei e pelo meu contrato. Fui informado que tenho o direito de apresentar uma reclamação junto da Comissão Nacional de Proteção de Dados. Autorizo expressamente os Corresponsáveis pelo Tratamento de Dados a solicitar informação adicional ao meu médico assistente ou à minha entidade empregadora, que considerem relevante para as finalidades supra mencionadas. Compreendo que deverei apresentar os elementos necessários para comprovar a verificação e circunstâncias do meu sinistro. Reconheço que recai exclusivamente sobre mim a responsabilidade de prestar toda a informação necessária às autoridades fiscais e o cumprimento das obrigações fiscais que resultem dos pagamentos efetuados no âmbito de um processo de sinistro

Li, compreendi e aceito o teor da presente declaração
(Por favor confirme se concorda assinalando o campo respetivo)

Assinatura _____

Data ____ / ____ / _____