



Instruções de Preenchimento

Participação de Sinistro por Hospitalização

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

Notas Importantes

- Deve estar hospitalizado por pelo menos 7 dias consecutivos.
- Não estará coberto se o período de hospitalização for anterior à data início da sua apólice ou se ocorreu durante o período de carência da mesma.
- 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.
- 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

Pode registar o seu sinistro diretamente em <http://clp.partners.axa/pt/sinistros>

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, na última página deste impresso, não podemos analisar o seu pedido**

Passo 3: Recolher a Documentação de Apoio Necessária

Para avaliarmos o seu pedido é imprescindível que anexe ao formulário, os seguintes documentos:

- O seu médico deve preencher a secção “Informação Clínica”, em alternativa: relatório de Alta Hospitalar
- Caso tenha efectuado exames auxiliares de diagnóstico, por favor envie-nos cópia dos relatórios.
- Deve completar a secção “Trabalhadores Independentes” e anexar - Cópia da declaração de IRS apresentada (Modelo 3)

VEJA NO VERSO DA PÁGINA EXEMPLOS DE ALGUNS 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 deste formulário devidamente preenchido e documentado iremos registar o seu processo e atribuir-lhe um número de referência. Este número será mencionado na nossa correspondência, por favor use-o (nº do processo) em toda a comunicação futura 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 decorrerá dentro de 10 dias úteis de trabalho, período em que irá receber uma carta a informar a nossa decisão:

- Em caso de pagamento, na carta explicaremos o valor pago, período pago e para onde será efectuado o pagamento, bem como qualquer acção adicional que necessite fazer para continuidade dos reembolsados.
- 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.



Participação de Sinistro por Hospitalização

Dados Pessoais - a completar pela Pessoa Segura ou seu representante

Nome Completo _____

Morada _____

Localidade _____ Código Postal _____ - _____

Nº de Contribuinte _____ Data de Nascimento ____ / ____ / _____

Email _____ Nº de Contacto _____

Já ativou este seguro anteriormente? Sim Não

Se sim, detalhe

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

Nome Completo _____

Nº Telefone _____ Nº de Contribuinte _____ Relação com a Pessoa Segura _____

Trabalhadores Independentes: a completar pela Pessoa Segura

Natureza da Actividade _____

Morada _____

Localidade _____ Código Postal _____ - _____

Email _____

Deverá juntar obrigatoriamente: Cópia da última Declaração de IRS (modelo 3)

Elementos sobre o Contrato

Nº de Contrato _____

Data de Inicio ____ / ____ / _____

Informação Clínica – a completar pelo Médico que o assistiu durante o internamento

Nome completo do paciente

Por favor detalhe a patologia que motivou o internamento

Data do Internamento ___ / ___ / _____

Data da Alta Hospitalar ___ / ___ / _____

O paciente sofre ou sofreu anteriormente desta patologia e/ou patologias relacionadas? Sim Não

Se sim, por favor detalhe

NOTA: anexar a esta participação cópia do documento:

✓ Nota de Alta Hospitalar

e / ou

✓ Resumo do Internamento

(ambos os documentos devem ser solicitados na secretaria do Hospital)

Nome e Morada do Hospital

Nome _____

Morada _____

Nº Telefone _____



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 Vie e a AXA France IARD (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 Co-Responsáveis 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 Co-Responsáveis pelo Tratamento de Dados. Caso verifique que os meus dados pessoais detidos pelos Co-Responsáveis 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 Co-Responsáveis 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 ____ / ____ / ____