



## Instruções de preenchimento Participação de Incapacidade Temporária Absoluta

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

#### Notas Importantes

- Deve estar 100% incapaz para o trabalho, por um período igual ou superior a 30 dias.
- Não estará coberto se a patologia que motiva a incapacidade for existente à data de início da apólice.
- Não estará coberto se a incapacidade teve início durante o período de carência da apólice.
- Dependendo da sua apólice de seguro, pode ser necessário aguardar 30 ou 60 dias (a partir da data início da incapacidade) para iniciarmos os pagamentos.
- 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 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 processo é imprescindível que anexe à participação, os seguintes documentos:

- O seu empregador deve preencher a secção “Informação da Entidade Patronal” –  
- em alternativa: aceitamos cópia do recibo de vencimento emitido antes do início da baixa médica.
- O seu médico deve preencher a secção “Informação Clínica”.  
- em alternativa: relatório médico com informação detalhada
- Caso tenha sido submetido a exames auxiliares de diagnóstico, por favor envie-nos cópia dos relatórios.
- Cópia dos boletins de baixa, atestado médico ou declaração de ITA emitida pela Comp. Seguros onde é seguido.
- Se for trabalhador por conta própria, deve anexar: Cópia da declaração de IRS apresentada (Modelo 3)

#### VEJA NO VERSO DESTA PÁGINA EXEMPLOS DOS 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, período em que irá receber uma carta a informar o teor da nossa decisão:

- Em caso de pagamento, na carta explicaremos o valor pago, período pago e modo de pagamento, bem como qualquer ação adicional que necessite fazer para manter a continuidade dos reembolsos.
- 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.

## Exemplos de documentos que deve anexar à participação:

Exemplo de Certificado de Incapacidade para o Trabalho – documento entregue pelo Médico de Família

**CERTIFICADO DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA PARA O TRABALHO POR ESTADO DE DOENÇA**

**Identificação e Declaração do Médico**

**Identificação do Beneficiário e do Familiar Doente**

**Elementos Relativos ao Estado de Incapacidade**

**Autenticação**

Exemplo de Certificado de Incapacidade para o Trabalho - documento entregue pela Comp. de Seguros

**BOLETIM DE SITUAÇÃO CLÍNICA**

Epis.: 111745 N.º PR. 51: 91023116700  
 NLU / 204250

Data Nascimento: Idade: Telefonia:  
 Profissão: Est. Civil: Solteiro N.º BNL:  
 Resp:  
 Data Acidente: 2010-10-30 N.º:

Comunica-se a V. Exas, que a partir do dia 2012-01-02, o Sinistrado ficou na seguinte situação:  
 Com Incapacidade Temporária Absoluta, não podendo retomar a sua actividade profissional até 03/02/2012, data da próxima consulta.

### SÓ PARA TRABALHADORES INDEPENDENTES

1. Exemplo da Declaração de Início de Actividade – Documento entregue nos Serviços de Finanças

2. Exemplo do Modelo 3 - Declaração de IRS apresentada pelos trabalhadores independentes

**DECLARAÇÃO DE INÍCIO DE ACTIVIDADE**

**DECLARAÇÃO DE INÍCIO DE ACTIVIDADE**

**NATUREZA DA DECLARAÇÃO**

**RESIDÊNCIA FISCAL**

**INFORMAÇÕES DIVERSAS**

**MODELO 3 - DECLARAÇÃO DE IRS**

**COMPOSIÇÃO DO AGREGADO FAMILIAR**

**RESIDÊNCIA FISCAL**

**INFORMAÇÕES DIVERSAS**

## Pode enviar a documentação para:

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

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

Correio: Avenida da Liberdade, Nº 38 - 7º, 1269-069 Lisboa

Email: digitalize a sua participação e documentação e envie para email “[clp.pt.sinistros@partners.axa](mailto: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 Incapacidade Temporária Absoluta

### Dados pessoais - a completar pela Pessoa Segura

Nome Completo \_\_\_\_\_

Morada \_\_\_\_\_

Localidade \_\_\_\_\_

Código Postal \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Nº de Contribuinte \_\_\_\_\_

Data de Nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

Nº Telemóvel

Já activou este seguro anteriormente? Sim  Não

Selecione esta opção, caso pretenda receber informações sobre o seu processo de sinistro, através de SMS no seu telemóvel.

Se sim, detalhe \_\_\_\_\_

#### **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 \_\_\_\_\_

### Informação da Entidade Patronal: a completar pelo Empregador

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

Data início do Trabalho \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Data início da Baixa Médica \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Data de retorno ao trabalho \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

O reclamante sofreu anteriormente desta doença enquanto ao seu serviço? Sim  Não

Se sim, detalhe: \_\_\_\_\_

#### **Representante da Entidade Patronal**

Nome \_\_\_\_\_

Função \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Carimbo (obrigatório)

### Trabalhos por Conta Própria: a completar pela Pessoa Segura

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

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 Início \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## Informação do Médico Assistente – a completar pelo Médico onde é seguido

Nome do paciente

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Em caso de acidente – descreva a situação clínica

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Data do acidente      \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Em caso de doença – descreva a situação clínica

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Data do primeiro diagnóstico:

\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Data da incapacidade para o trabalho:

\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

O paciente tem mais alguma patologia diagnosticada?

Sim       Não

Se sim, por favor informe, ordenando pela gravidade:

1 \_\_\_\_\_

Diagnosticada em      \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

2 \_\_\_\_\_

Diagnosticada em      \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

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

Sim       Não

Se sim, detalhe por favor:

1 \_\_\_\_\_

Diagnosticada em      \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

2 \_\_\_\_\_

Diagnosticada em      \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

3 \_\_\_\_\_

Diagnosticada em      \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

O paciente foi submetido a internamento hospitalar?

Sim       Não

Se sim, informe:

Data do internamento      \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Data da alta hospitalar      \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

As condições atrás referidas são relacionadas com danos autoinfligidos, parto, gravidez ou aborto, consumo de álcool ou de drogas sem prescrição médica, guerra, comoções civis, doenças nervosas ou sintomas inexplicáveis? Sim  Não

Se sim, por favor detalhe:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Nome e morada do Médico Assistente:

Nome \_\_\_\_\_

Morada \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_ Data \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Vinheta e/ou Nº Cédula Profissional

\_\_\_\_\_



## 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 \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_