



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

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

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

BOLETIM DE SITUAÇÃO CLÍNICA

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

Data Nascimento: Idade: Telefona:
 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 INSCRIÇÃO NO REGISTO DE ACTIVIDADE

DECLARAÇÃO DE INSCRIÇÃO NO REGISTO DE ACTIVIDADE

DECLARAÇÃO DE IRS

DECLARAÇÃO DE IRS

DECLARAÇÃO DE IRS

Pode enviar a documentação para:

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

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

Correio: Av. Duque d' Ávila, n.º 46, 3.º Piso C, 1050-083 Lisboa
 Fax: 217 979 460
 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 Incapacidade Temporária Absoluta

Dados pessoais - a completar pela Pessoa Segura

Nome Completo _____
Morada _____
Localidade _____ Código Postal _____ - _____
Nº de Contribuinte _____ Data de Nascimento ____/____/_____
Email _____ Nº de Contacto _____
Já activou 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 _____

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 Clínica – a completar pelo Médico onde é seguido

Nome do paciente

Em caso de acidente:

Data do acidente ____ / ____ / _____

Descrição da situação clínica

Em caso de doença

Data do primeiro diagnóstico: ____ / ____ / _____

Descrição da situação clínica

Data da incapacidade para o trabalho:

____ / ____ / _____

O paciente sofreu anteriormente desta patologia e/ou

Patologias relacionadas

Sim Não

Se sim, por favor informe, ordenando pela gravidade:

1 _____

Diagnosticada em ____ / ____ / _____

2 _____

Diagnosticada em ____ / ____ / _____

O paciente foi submetido a internamento hospitalar?

Sim Não

Se sim, informe:

Data do internamento ____ / ____ / _____

Data da alta hospitalar ____ / ____ / _____

O paciente tem outras patologias diagnosticadas?

Sim Não

Se sim, detalhe por favor:

1 _____

Diagnosticada em ____ / ____ / _____

2 _____

Diagnosticada em ____ / ____ / _____

3 _____

Diagnosticada em ____ / ____ / _____

Qual a medicação atual? _____

Quais os exames auxiliares de diagnóstico realizados? _____

Nome e morada do Médico Assistente / Família:

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 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 ____ / ____ / ____