

IMPRESSO DE PARTICIPAÇÃO DE SINISTRO DE ACIDENTES PESSOAIS E DOENÇA

Plano de Protecção Rendimentos Beneficiários CPAS

O ENVIO DESTA PARTICIPAÇÃO DEVIDAMENTE PREENCHIDA E ASSINADA COM A RESPECTIVA DOCUMENTAÇÃO DEVERÁ SER ENVIADA POR:
CORREIO: AV. DUQUE D'ÁVILA 46, 4ªA, 1050-083 LISBOA
EMAIL: SINISTROS.AP@AIG.COM
FAX- 213 160 852

O IMPRESSO DEVERÁ SER PREENCHIDO EM LETRA DE IMPRENSA.

DATA DE RECEÇÃO

__/__/__

TOMADOR: CAIXA DE PREVIDÊNCIA DOS ADVOGADOS E SOLICITADORES

APÓLICE Nº PA20AH0003

1. ELEMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO

SEGURADO			
SINISTRADO		NIF	
MORADA			
LOCALIDADE		CÓDIGO POSTAL	____ - ____
E-MAIL		CONTACTO	

2. INFORMAÇÃO PROFISSIONAL DA PESSOA SEGURA

EMPRESA			
MORADA			
LOCALIDADE		CÓDIGO POSTAL	____ - ____
E-MAIL		CONTACTO	
PROFISSÃO	<input type="radio"/> ADVOGADO <input type="radio"/> SOLICITADOR <input type="radio"/> AGENTE DE EXECUÇÃO		

3. INFORMAÇÃO SOBRE A INCAPACIDADE

EM VIRTUDE DO ACIDENTE/DOENÇA FICOU INCAPAZ DE EXERCER AS SUAS FUNÇÕES PROFISSIONAIS?	<input type="radio"/> Incapacidade Parcial <input type="radio"/> Incapacidade Total
SE RESPONDEU "PARCIAL", QUAIS AS FUNÇÕES QUE CONTINUA A EXECUTAR?	

4. ELEMENTO DO SINISTRO EM CASO DE DOENÇA			
DESCRIÇÃO DOS SINTOMAS	DATA DOS PRIMEIROS SINTOMAS	_/_/___	
JÁ TINHA SOFRIDO ANTERIORMENTE DO MESMO TIPO DE SINTOMAS?	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO	EM CASO AFIRMATIVO QUANDO?	_/_/___

5. ELEMENTO DO SINISTRO EM CASO DE ACIDENTE			
DESCRIÇÃO DA OCORRÊNCIA			
LOCAL DO SINISTRO		DATA DO SINISTRO	_/_/___

6. EM CASO DE TESTEMUNHAS INDIQUE			
I. TESTEMUNHA 1			
NOME			
MORADA			
E-MAIL		CONTACTO	
II. TESTEMUNHA 2			
NOME			
MORADA			
E-MAIL		CONTACTO	
III. TESTEMUNHA 3			
NOME			
MORADA			
E-MAIL		CONTACTO	

7. INFORMAÇÃO MÉDICA			
DATA DA PRIMEIRA CONSULTA MÉDICA	__/__/__	LOCAL	<input type="radio"/> HOSPITAL <input type="radio"/> CONSULTÓRIO/CLINICA

8. EM CASO DE HOSPITALIZAÇÃO			
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO HOSPITALAR			
QUAL O PERÍODO QUE FICOU INTERNADO?	__/__/__	A	__/__/__

9. EM CASO DE CONSULTÓRIO / CLINICA	
IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO QUE O ASSISTIU	
ENDEREÇO DO MÉDICO QUE O ASSISTIU	
IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO FAMILIA	
ENDEREÇO DO MÉDICO FAMILIA	
CONTACTO DO MÉDICO	
Nº DE INSCRIÇÃO NA ORDEM DOS MÉDICOS	

10. OUTROS SEGUROS	
APÓLICE E SEGURADORA EM ACIDENTES DE TRABALHO	
IDENTIFICAÇÃO DE OUTROS SEGUROS QUE DÊEM COBERTURA ÀS MESMAS DESPESAS	

ASSINATURA DO SINISTRADO: _____

DATA: __/__/__



Consentimento

Consentimento para tratamento de categorias especiais de dados (Dados relativos à Saúde)

Em algumas circunstâncias nós, AIG Europe S.A. – Sucursal em Portugal, precisaremos do seu consentimento para recolher, utilizar e divulgar os seus Dados Pessoais. Os Dados Pessoais incluem informações sobre a sua Saúde. Se consentir na recolha, utilização e divulgação destes Dados Pessoais para os efeitos adiante descritos, assinale a opção correspondente:

- Utilização de Informações sobre a sua saúde para gestão e regularização de sinistros. Estou ciente de que estas informações correspondem a categoria especial de dados pessoais e autorizo a AIG a tratar os mesmos.

O titular dos dados tem o direito de revogar o seu consentimento em qualquer momento. Se pretender revogar o seu consentimento, contacte-nos para protecaodedados.pt@aig.com ou por correio postal para: Data Protection Officer, AIG Europe S.A. – Sucursal em Portugal, Av. Duque D'Ávila 46, 4ªa, 1050-083, Lisboa.

Nota: Se recusar ou revogar o seu consentimento, poderá não nos ser possível prestar-lhe os nossos serviços, nomeadamente, continuar com a correcta gestão e/ou regularização de sinistro.

Assinatura: _____

Data: __/__/____

Política de Privacidade

Como utilizamos os Dados Pessoais

A AIG Europe S.A. – Sucursal em Portugal está determinada em proteger a privacidade dos clientes, reclamantes e de outros contactos comerciais.

Os “**Dados Pessoais**” identificam e dizem respeito a si ou outras pessoas (por exemplo, o seu parceiro ou outros membros da sua família). Se fornecer Dados Pessoais sobre outra pessoa deve (a menos que tenha sido acordado de outro modo) informar a pessoa em causa do conteúdo deste aviso e da nossa Política de Privacidade e obter a sua autorização (se possível) para partilhar os seus Dados Pessoais connosco.

Os tipos de Dados Pessoais que poderemos recolher e o fundamento – Dependendo da natureza da relação que mantemos consigo, os Dados Pessoais recolhidos podem incluir: dados de contacto, informações financeiras e dados de conta, informações sobre notação e pontuação de crédito, informações sensíveis sobre condições de saúde ou médicas (recolhidas com o seu consentimento quando exigido pela legislação aplicável), bem como outros Dados Pessoais fornecidos por si ou que obtemos no âmbito da relação que mantemos consigo. Os Dados Pessoais poderão ser utilizados para as seguintes finalidades:

- Gestão de seguros, por exemplo, comunicações, processamento de reclamações e pagamentos
- Proceder a avaliações e decisões sobre a prestação e condições de serviços de seguro e regularização de reclamações
- Assistência e aconselhamento em assuntos médicos e de viagens
- Gestão das nossas operações comerciais e infraestruturas informáticas
- Prevenção, deteção e investigação de crimes, por exemplo, fraude e branqueamento de capitais
- Declaração e defesa de direitos legais
- Conformidade legal e regulamentar (incluindo cumprimento da legislação e regulamentação fora do seu país de residência)
- Controlo e gravação de chamadas telefónicas para efeitos de qualidade, formação e segurança
- Marketing, pesquisa e análise de marketing

Partilha de Dados Pessoais – Para efeitos do atrás exposto, os Dados Pessoais poderão ser partilhados com as empresas do nosso grupo e terceiros (tal como corretores e outros intervenientes na distribuição de seguros, seguradores e resseguradores, agências de notação de crédito, profissionais de saúde e outros prestadores de serviços). Os Dados Pessoais serão partilhados com outros terceiros (incluindo autoridades governamentais), sempre que exigido pela legislação ou regulamentação. Os Dados Pessoais (incluindo os pormenores de lesões) podem ser incluídos em registos de sinistros partilhados com outros seguradores. Somos obrigados a comunicar às comissões de remunerações de trabalhadores todos os pedidos de indemnização de terceiros relacionados com lesões corporais. Poderemos consultar estes registos, durante o processamento de reclamações, para detetar, impedir e investigar fraudes ou para validar o seu histórico de sinistros ou o histórico de sinistros de outra pessoa ou propriedade suscetível de estar envolvida na apólice ou reclamação. Os Dados Pessoais poderão ser partilhados com compradores e potenciais compradores, e transferidos após a conclusão de uma eventual venda da nossa empresa ou da transferência dos ativos da empresa.

Transferência internacional – Dada a natureza global da nossa atividade, os Dados Pessoais poderão ser transferidos para entidades localizadas noutros países (incluindo EUA, China, México, Malásia, Filipinas, Bermudas e outros países, cujos regimes de proteção de dados podem diferir daqueles existentes no país da sua residência). Sempre que procedermos a estas transferências, tomaremos medidas no sentido de garantir que os seus Dados Pessoais são devidamente protegidos e transferidos, nos termos do disposto na legislação sobre proteção de dados. A nossa Política de Privacidade contém informações adicionais sobre transferências internacionais (ver infra).

Segurança dos Dados Pessoais – São aplicadas medidas de segurança técnicas e físicas para manter os seus Dados Pessoais seguros e protegidos. Quando fornecemos Dados Pessoais a um terceiro (incluindo os nossos prestadores de serviços) ou contratamos terceiros para recolher Dados Pessoais em nosso nome, o terceiro será cuidadosamente selecionado e obrigado a utilizar medidas de segurança adequadas.



Os seus direitos – Enquanto titular, dispõe de determinados direitos ao abrigo da legislação sobre proteção de dados, no âmbito da nossa utilização de Dados Pessoais. Estes direitos podem ser aplicáveis apenas em algumas circunstâncias e estão sujeitos a algumas exceções. Estes direitos incluem o direito de aceder aos Dados Pessoais, o direito de corrigir dados incorretos, o direito de requerer o apagamento dos dados ou de suspender a utilização dos dados. Estes direitos podem também incluir o direito de transferir os seus dados para outra organização, o direito de se opor à utilização dos seus Dados Pessoais, o direito de requerer a intervenção humana em determinadas decisões automatizadas que tomamos, o direito de retirar o consentimento e o direito de apresentar reclamação junto da entidade reguladora da proteção de dados. A nossa Política de Privacidade inclui todas as informações adicionais sobre os seus direitos e a forma como pode exercê-los (ver infra).

Política de Privacidade – Encontrará mais informações sobre os seus direitos e a forma como recolhemos, utilizamos e divulgamos os seus Dados Pessoais na versão integral da nossa Política de Privacidade em: <http://www.aig.com.pt/politica-de-privacidade> ou solicite uma cópia, por escrito, para Data Protection Officer, AIG Europe S.A. – Sucursal em Portugal, Avenida Duque D'Ávila 46, 4ªa, 1050-083, Lisboa ou por correio eletrónico para: protecaodedados.pt@aig.com.

CERTIFICADO DE MÉDICO ASSISTENTE

Plano de Protecção Rendimentos Beneficiários CPAS

O ENVIO DESTA PARTICIPAÇÃO DEVIDAMENTE PREENCHIDA E ASSINADA COM A RESPECTIVA DOCUMENTAÇÃO DEVERÁ SER ENVIADA POR UMA DAS SEGUINTE OPÇÕES:
 E-MAIL - A ENVIAR PARA O ENDEREÇO E-MAIL DO GESTOR NOMEADO
 CORREIO - AV. DUQUE D'AVILA, 46 – 4ª, 1050-083 LISBOA
 O IMPRESSO DEVERÁ SER PREENCHIDO EM LETRA DE IMPRENSA

DATA DE RECEÇÃO

//____

TOMADOR: CAIXA DE PREVIDÊNCIA DOS ADVOGADOS E SOLICITADORES

APÓLICE Nº PA20AH0003

A. A PREENCHER PELO MÉDICO DO SINISTRADO

1. ELEMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO

SINISTRADO					
DATA DO EXAME	_/_/____	LOCAL		Nº PROCESSO AIG	

2. ELEMENTOS DO SINISTRO

À DATA DO ACIDENTE OU DOENÇA O SINISTRADO JÁ ERA PORTADOR DE ALGUMA ENFERMIDADE?	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO	QUAL?	
EM CASO AFIRMATIVO, O SINISTRO ATUAL PROVOCOU ALGUM AGRAVAMENTO?	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO	QUAL?	
SINTOMATOLOGIA APRESENTADA			
DATA DAS PRIMEIRAS MANIFESTAÇÕES DA LESÃO OU DOENÇA DO SINISTRADO			_/_/____

3. DIAGNÓSTICO	
DIAGNÓSTICO	
AS LESÕES APRESENTADAS PODEM ATRIBUIR-SE AO ACIDENTE OU DOENÇA REFERIDA?	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO
AS LESÕES PODEM OCASIONAR INVALIDEZ PERMANENTE?	<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO

4. INFORMAÇÃO SOBRE TRATAMENTO E INCAPACIDADE DO SINISTRADO					
INTERNAMENTO DE	DATA	__/__/__	A	DATA	__/__/__
INTERNADO EM					
SEM INCAPACIDADE MAS A RECEBER TRATAMENTO DESDE				DATA	__/__/__
DURAÇÃO PROVÁVEL DO TRATAMENTO				DIAS	_____
COM INCAPACIDADE TEMPORÁRIA ABSOLUTA DURANTE				DIAS	_____
IMPOSSIBILIDADE DE DESEMPENHAR A SUA ATIVIDADE HABITUAL?					<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO
PODE EXERCÊ-LA EM PARTE?					<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO
PODE OCUPAR-SE DA DIRECÇÃO DE TRABALHOS?					<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO
IMPOSSIBILIDADE DE SE AUSENTAR DA RESIDÊNCIA?					<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO

5. BREVE DESCRIÇÃO PORMENORIZANDO AS RAZÕES PARA A INCAPACIDADE TEMPORÁRIA

6. OBSERVAÇÕES ADICIONAIS

7. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO

Nº INSCRIÇÃO NA ORDEM DOS MÉDICOS			
NOME COMPLETO			
MORADA PROFISSIONAL			
E-MAIL		CONTACTO	

**VINHETA DE IDENTIFICAÇÃO
DO MÉDICO ASSISTENTE**

(SEM ESTE ELEMENTO NÃO
ACEITAREMOS A VALIDADE DO
DOCUMENTO)

--

ASSINATURA DO MÉDICO: _____

DATA: ____/____/____