

## Questionário de seguros

# Responsabilidade Civil Profissional Saúde Berkley Médicos

### Observação preliminar

Leia por favor as seguintes informações antes de preencher o questionário:

1. O requerente do seguro deve fornecer todas as informações solicitadas no questionário, bem como informar à Seguradora, qualquer facto relevante que possa razoavelmente dar origem a uma Reclamação, mesmo que isso não resulte do questionário.
2. O questionário deve ser preenchido, assinado e datado pela pessoa habilitada legalmente para assinar a proposta de seguro.
3. Este questionário não obriga o Proponente à celebração do contrato de seguro, nem obriga a Seguradora à aceitação do seguro proposto, mas fará parte do contrato de seguro se este vier a ser emitido.

### 1. Tomador

Nome/designação comercial: \_\_\_\_\_ NIF/NIPC: \_\_\_\_\_

Data constituição da sociedade: \_\_\_\_\_

Sede Social: \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

Localidade: \_\_\_\_\_

Telefone: +351 \_\_\_\_\_ Fax: +351 \_\_\_\_\_

Nome e Apelido da pessoa de contacto: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

### 2. Informação Geral

Data licenciatura \_\_\_\_\_ Especialidade: \_\_\_\_\_ Data obtenção título da especialidade \_\_\_\_\_

Nº Registro Ordem Médicos: \_\_\_\_\_

Realiza intervenções cirúrgicas?  NÃO  SIM

Dedica-se especialmente a intervenções de cirurgia estética?  NÃO  SIM

Número de intervenções/mês: \_\_\_\_\_

(Entende-se por cirurgia estética aquelas cuja finalidade é exclusivamente de resultado estético e não em consequência de um acidente, doença ou malformação congénita)

Local de trabalho onde exerceu nos últimos 5 anos \_\_\_\_\_

É proprietário de alguma sociedade unipessoal?  NÃO  SIM

Em caso de resposta positiva, nome e designação comercial: \_\_\_\_\_

Âmbito de exercício profissional actual:

100% público

100% privado

Público-Privado, indicar: \_\_\_\_\_ % público \_\_\_\_\_ % privado

Caso exerça actividade no serviço público:

Exerceu sempre a mesma actividade nos últimos 5 anos?  SIM  NÃO

Caso tenha realizado varias actividades, informe quais e respectivos periodos \_\_\_\_\_

Outras Circunstâncias?  Reformado  Desempregado

### 3. Informação Profissional

Nº consultas / mês: \_\_\_\_\_

Nº de intervenções cirúrgicas / mês: \_\_\_\_\_

Nº de urgências / mês: \_\_\_\_\_

Facturação prevista para o actual exercício: \_\_\_\_\_ €

Facturação exercício anterior: \_\_\_\_\_ €

### 4. Capitais e Coberturas

**Capital a segurar** 150.000 € 300.000 € 600.000 € Outro: \_\_\_\_\_ €**Coberturas** R.C. Profissional R.C. Patronal R.C. Exploração Outro: \_\_\_\_\_ €

### 5. Seguros em vigor / anteriores

Teve ou tem contratada uma apólice para os riscos que pretende segurar?

 NÃO SIM (preencher os campos abaixo solicitados e juntar uma fotocópia da apólice actual)

Companhia de Seguros: \_\_\_\_\_

Período: desde \_\_\_\_\_ até \_\_\_\_\_

Data vencimento: \_\_\_\_\_

Límites seguros: \_\_\_\_\_ € Prémio Comercial Anual: \_\_\_\_\_ € Franquias: \_\_\_\_\_ €

Companhia de Seguros: \_\_\_\_\_

Período: desde \_\_\_\_\_ até \_\_\_\_\_

Data vencimento: \_\_\_\_\_

Límites seguros: \_\_\_\_\_ € Prémio Comercial Anual: \_\_\_\_\_ € Franquias: \_\_\_\_\_ €

Companhia de Seguros: \_\_\_\_\_

Período: desde \_\_\_\_\_ até \_\_\_\_\_

Data vencimento: \_\_\_\_\_

Límites seguros: \_\_\_\_\_ € Prémio Comercial Anual: \_\_\_\_\_ € Franquias: \_\_\_\_\_ €

Companhia de Seguros: \_\_\_\_\_

Período: desde \_\_\_\_\_ até \_\_\_\_\_

Data vencimento: \_\_\_\_\_

Límites seguros: \_\_\_\_\_ € Prémio Comercial Anual: \_\_\_\_\_ € Franquias: \_\_\_\_\_ €

### 6. Reclamações

Recebeu nos últimos cinco anos alguma reclamação ou participou algum sinistro?

 SIM  NÃO

No momento da assinatura do presente pedido, tem conhecimento de quaisquer circunstâncias ou acto médico realizado no passado que possa dar origem a uma reclamação ou procedimento futuro contra si, a sua sociedade ou empregados?

 SIM  NÃO

Em caso de resposta positiva, por favor preencha os seguintes campos abaixo e, caso considere necessário para uma melhor explicação das circunstâncias, junte à presente proposta uma folha anexa.

Estabelecimento de Saúde onde ocorreu: \_\_\_\_\_

Motivo: \_\_\_\_\_

Data do acto médico: \_\_\_\_\_

Data reclamação à Companhia de Seguros: \_\_\_\_\_

Companhia de Seguros: \_\_\_\_\_

Custo / Reserva Sinistro: \_\_\_\_\_ €

Situação actual: (encerrado, pendente de pagamento, aberto) \_\_\_\_\_

Garantía afectada:  R.C. Profissional  R.C. Exploração  R.C. Patronal

Nome completo reclamante: \_\_\_\_\_

Foi-lhe negado/limitado poder prestar os seus serviços nalgum centro de saúde?

(em caso afirmativo, explique por favor)

Houve uma perda temporária de licença / inibição de exercício ou suspensão da função?  NÃO  SIM

## 7. Proteção de Dados Pessoais

A W.R. Berkley Espanha, nos termos das normas legais e regulamentares aplicáveis, da autorização específica expressamente confirmada pelo Tomador do Seguro e pelos Segurados, e das notificações feitas à Comissão Nacional de Proteção de Dados (CNPD) e ao organismo equivalente do Reino da Espanha recolherá, processará, tratará e partilhará os dados pessoais constantes da proposta, questionários e de todos os demais documentos de qualquer tipo que integrem o contrato de seguro, que tenham servido para identificar o risco e definir as condições de subscrição, que sejam necessários para a gestão do contrato e de quaisquer sinistros, para a gestão de cosseguro, quando disso seja o caso, e para a gestão do resseguro, implicando isso a possível partilha dos mesmos com entidades em outros estados membros da União Europeia ou com outras empresas ou entidades do grupo Berkley.

Quando isso tiver sido autorizado pelo Tomador do Seguro e Segurados, o tratamento de dados poderá também visar a realização de ações comerciais, a análise de riscos e o controle de qualidade dos serviços prestados.

Pertence à própria Seguradora a responsabilidade pelo tratamento dos dados pessoais podendo o Tomador e os Segurados, em qualquer momento e nos termos e condições legais aplicáveis, aceder, fazer retificar ou eliminar as informações pessoais que não sejam suporte necessário da relação contratual.

Nos termos em que isso tenha sido expressamente autorizado, a Seguradora, sem a isso se obrigar, poderá fazer registar e gravar as chamadas telefónicas que devam suportar a relação contratual, nos termos e com as condições requeridas por lei e fixadas pela CNPD.

## 8. Declaração

O proponente declara que as informações contidas no presente questionário são verdadeiras e que não foram falsamente declarados ou omitidos factos materiais, e que não foram falsificados, suprimidos ou adulterados factos depois de os ter conhecido.

O proponente tem conhecimento e concorda em que este questionário, preenchido e assinado, juntamente com outras informações a ele anexas ou nele referidas, possa integrar e ser tido como base e parte de um contrato de seguro entre W.R Berkley Espanha e o proponente.

Tomador do Seguro e Segurado comprometem-se em informar a W.R. Berkley Espanha de qualquer novo acontecimento, reclamação ou evolução no âmbito deste questionário ocorrido antes da celebração do contrato de seguro ou depois durante a sua vigência.

Nome e cargo do Tomador / Representante da Sociedade

\_\_\_\_\_

Assinatura

Data