

## Questionário de seguros

# Responsabilidade Civil Profissional Berkley Centros de Estética e Beleza

### 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: \_\_\_\_\_

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 do início atividade do estabelecimento: \_\_\_\_\_

Información financiera: \_\_\_\_\_

Faturação anual / volumen honorarios anuais: \_\_\_\_\_ €

2.1. É uma franquia / Master?  SIM  NÃO

2.2. Número de estabelecimentos a segurar \_\_\_\_\_

Centro 1 \_\_\_\_\_

Morada \_\_\_\_\_

Centro 2 \_\_\_\_\_

Morada \_\_\_\_\_

Centro 3 \_\_\_\_\_

Morada \_\_\_\_\_

2.3. Qualificações do titular e dos trabalhadores do centro:

\_\_\_\_\_

2.4. O centro tem trabalhadores em periodo de formação?  SIM  NÃO

2.5. Descrição das atividade: especialidades e práticas médicas que se realizam:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2.6. Obtém-se o consentimento cliente prévio, informado, esclarecido e formal?  SIM  NÃO

2.7. En que atividades? (Informar com detalhe as mesmas.)

---

---

---

### 2.8. Produtos:

O Centro vende produtos aos clientes?  SIM  NÃO

Tem loja específica para a comercialização ao público?  SIM  NÃO

Para que terapias / atividades comercializam produtos? \_\_\_\_\_

Fabricam ou desenvolvem algum produto no centro? \_\_\_\_\_

O Centro está autorizado para o seu uso pelos organismos de Saúde competentes?  SIM  NÃO

## 3. Informação sobre as atividades no centro

Técnicas ou práticas de Nivel 1:

- |  |                   |   |
|--|-------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Acupuntura  |                   |   |
| <input type="checkbox"/> Aromaterapia  |                   |   |
| <input type="checkbox"/> Cera  |                   |   |
| <input type="checkbox"/> Depilación eléctrica  |                   |   |
| <input type="checkbox"/> Extensões de pestanas   | Test de alergia?  | <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM |
| <input type="checkbox"/> Eletrólise Depilatória  |                   |   |
| <input type="checkbox"/> Eletro-tratamentos  |                   |   |
| <input type="checkbox"/> Endermoterapia – Endermologia LPG   |                   |   |
| <input type="checkbox"/> Extensões de unhas  | Test de alergia?  | <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM |
| <input type="checkbox"/> Hidroterapia  |                   |   |
| <input type="checkbox"/> Manicure e Pedicure   |                   |   |
| <input type="checkbox"/> Maquillagem não permanente  |                   |   |
| <input type="checkbox"/> Massagens linfáticos  |                   |   |
| <input type="checkbox"/> Massagens   |                   |   |
| <input type="checkbox"/> Oxigenoterapia  |                   |   |
| <input type="checkbox"/> Cabelereiro   |                   |   |
| <input type="checkbox"/> Tratamentos de Perda de Peso / Dietas   | Aprovação médica? | <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM |
| <input type="checkbox"/> Piercing em orelhas (não em zonas genitais, língua ou outras partes do corpo) |                   |   |

Tipo de produtos usados:

<input type="checkbox"/>	Sauna de Infra-vermelhos		
<input type="checkbox"/>	Reflexologia		
<input type="checkbox"/>	Tatuagem permanente de sobrancelhas e lábios	¿Test de alergia?	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM
<input type="checkbox"/>	Coloração de pestanas e sombra de olhos	¿Test de alergia?	<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM
<input type="checkbox"/>	Terapia Foto-termal		
<input type="checkbox"/>	Tratamentos faciais		
<input type="checkbox"/>	Tratamentos de Spa		
<input type="checkbox"/>	Terapia de Pedras		

Técnicas ou práticas de Nivel 2:

<input type="checkbox"/>	Cinesiología		
<input type="checkbox"/>	Laserterapia – (categoria do equipamento não superior a 3b) Excluída a sua aplicação para eliminação de tatuagens Realizam-se tratamentos em fototipos de pele nº 5 e nº 6?		<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM
<input type="checkbox"/>	Microdermoabrasão*		
<input type="checkbox"/>	Peelings químicos – Concentração máxima de 30% * Os profissionais deverão certificar a formação necessária pelo fabricante para a aplicação deste tipo de produtos. Informar o tipo de produtos que se utilizam (exclui-se o "Phenol"): _____		
<input type="checkbox"/>	Piercing corporal, excluindo zonas genitais e língua Informar o tipo de produtos que se utilizam: _____		
<input type="checkbox"/>	Tatuagem cosmético/estético		
<input type="checkbox"/>	Tratamento não-cirúrgico de veias e varizes		
<input type="checkbox"/>	Tratamentos IPL / VPL Realizam-se tratamentos em fototipos de pele nº 5 e nº 6 (Franquia especial 3.000€)		<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM
<input type="checkbox"/>	Tratamentos de Luz Realizam-se tratamentos em fototipos de pele nº 5 e nº 6 (Franquia especial 3.000€)		<input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM

Técnicas ou práticas de Nivel 3:

<input type="checkbox"/>	Restylane, Perlane, Dermalive, Newfill, Nufill, Hylaform Collagen, Zyderm, Zyplast, Botox, Dysport, Aquamid Informe a especialidade médica do profissional:
<input type="checkbox"/>	Odontólogos
<input type="checkbox"/>	Dermatólogos
<input type="checkbox"/>	Outra especialidade médica:
<input type="checkbox"/>	Outra qualificação profissional:

Outras técnicas cirúrgicas:

<input type="checkbox"/> Liposucção y lipoescultura	<input type="checkbox"/> Lifting facial
<input type="checkbox"/> Cirugía estética:	<input type="checkbox"/> Cruroplastia: Lift de Coxas
<input type="checkbox"/> abdómen	<input type="checkbox"/> Implante facial
<input type="checkbox"/> pálpebras	<input type="checkbox"/> Cirugía com laser
<input type="checkbox"/> mamas	<input type="checkbox"/> Peeling químico
<input type="checkbox"/> nariz	<input type="checkbox"/> Injeções de silicone
<input type="checkbox"/> orelhas	<input type="checkbox"/> Electrólise
<input type="checkbox"/> queixo	<input type="checkbox"/> Cirurgia oftalmológica
<input type="checkbox"/> lábios	

## 4. Trabalhadores

Descrição	Experiência profissional	Nº Empregados com contrato de trabalho	Nº Colaboradores com relação mercantil
Trabalhadores Qualificados (especificar habilitações):			
Médicos (especificar habilitações):			
Outros profissionais saúde (especificar habilitações):			
Restantes trabalhadores			

Exige-se aos trabalhadores um seguro de Responsabilidad Civil Profissional?

Médicos  NÃO  SIM Capitais exigidos \_\_\_\_\_ €

Outros Profissionais de Saúde  NÃO  SIM Capitais exigidos \_\_\_\_\_ €

## 5. Outras informações

### 5.1. Capital seguro

#### Capital seguro

- 300.000 €  
 600.000 €  
 900.000 €  
 1.000.000 €  
 Outro: \_\_\_\_\_ €

#### Coberturas

- R.C. Profissional  
 R.C. Exploração  
 R.C. Patronal  
 R.C. Foto-depilação, IPL (luz intensa pulsada)  
 Medicina estética (não cirúrgica)  
 Microfilers Labiais  
 Danos Estéticos

### 5.2. Centros ou estabelecimentos (exclusivamente para a cobertura de R.C. Exploração)

Por favor, informe sobre todas as instalações. Se as mesmas apresentarem outro tipo de características que considere informar, especifique-as em documento anexo.

Morada	Uso	Ano constr.	Núm. andares	Tipo construção*	Sprinklers	Proteção anti roubo
					<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
					<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
					<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO

Superfície (m <sup>2</sup> )	Capital edifício	Capital Conteúdo	Capital seguro para obras e reformas	Seguro de equipamento e maquinas	Edifício em propriedade ou alugado
				<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
				<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
				<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	

### 5.3. Instalações e equipamentos: Uso e Atividade

Instalações e equipamentos	Alugados ou cedidos	Descrição
Número de camas:		
Número de Salas de Cirurgia:		
Equipamentos técnicos e/ou outro tipo de máquinas: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Laser / IPL / VPL</li> <li>• LPG</li> <li>• Infravermelhos</li> <li>• Outros</li> </ul>		

## 6. Seguros vigentes y 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: \_\_\_\_\_ €

## 7. Reclamaciones anteriores

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 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) \_\_\_\_\_

Garantia 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

## 8. Protecção 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 Protecção 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.

## 9. 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