Pedido de prestação por Incapacidade / Doença - Invalidez / Incapacidade Temporária para o Trabalho

Tomador

Apelidos:		Nº de Mutualista:
Nome:		B.I.:
Morada:	Localidade:	
C.P.: - Distrito:	Telefone(s) /	
E-Mail:	Data de Nascimento (dd/mm/aaaa):	Sexo: ○ H ○ M
Profissão:	Especialidade:	
Nacionalidade:	Estado Civil:	Nº de filhos:

Segurado

Apelidos:		Nº de Mutualista:
Nome:		B.I.:
Morada:	Localidade:	
C.P.: - Distrito:	Telefone(s) /	
E-Mail:	Data de Nascimento (dd/mm/aaaa):	Sexo: ○ H ○ M
Profissão:	Especialidade:	
Nacionalidade:	Estado Civil:	Nº de filhos:

Dados da Apólice e Sinistro:

Nome do(s) Seguro(s): _____ Nº da(s) Apólice(s): _____

_____ _____

Como Tomador e/ou Beneficiário da(s) Apólice(s) anteriormente indicada(s), solicito pagamento da(s) prestação (ões) por:

- ○ Doença / Incapacidade para o Trabalho Total / Temporária
- ○ Hospitalização
- ○ Assistência Médica (Acidente)
- ○ Outro Tipo de Prestação
- ○ Incapacidade Permanente Total / Profissional
- ○ Incapacidade Permanente Absoluta
- ○ Incapacidade Permanente Tabelada por Acidente

Em qualquer dos casos, indicar a causa da Incapacidade: ○ Doença Comum ○ Acidente ○ Acidente de Viação

Data do Sinistro: _____ /_____ / _____ Processo Patológico: _____

Dados Bancários:

Solicito que a(s) prestação(ões) seja(m) paga(s) por transferência bancária para a seguinte conta à ordem, após avaliação positiva, por parte da PSN, da documentação médica referente ao processo patolçogico indicado.

IBAN | P | T | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Em _____ a _____ de _____ de 20____ Assinatura do Tomador Assinatura do Segurado

O Tomador e a(s) Pessoa(s) Segura(s) declaram ter perfeito conhecimento de que os dados recolhidos no âmbito desta proposta serão processados e armazenados num ficheiro sob responsabilidade da PREVISIÓN SANITARIA NACIONAL, PSN, Mútua de Seguros y Reaseguros a Prima Fija - Sucursal em Portugal (doravante, Seguradora PSN), e destinam-se à utilização nas relações contratuais (incluindo para avaliação do risco) com a responsável pelo seu tratamento, a Seguradora PSN, bem como para o cumprimento de obrigações legais a que esta se encontre obrigada. Mais autoriza(m) a Seguradora PSN a recolher e tratar os dados pessoais fornecidos , destinados à efetivação e gestão do contrato de seguro pela Seguradora PSN. Declaram ainda ter conhecimento e autorizam expressamente a recolha, tratamento e comunicação à Seguradora PSN, seus subcontratados, mediadores, resseguradores e empresas do grupo PSN, para os fins referidos. Reconhece(m) estar cientes do seu direito de, a todo o tempo, seja por si ou através de representante, solicitar e obter o acesso à totalidade da informação, podendo solicitar a sua correção, aditamento, ou eliminação, mediante contato direto ou por escrito, junto de qualquer balcão ou agência da Seguradora PSN. O Tomador e a(s) Pessoa(s) Segura(s) compromete(m)-se a manter atualizados todos os dados fornecidos, bem como a nos comunicar qualquer alterçaão aos mesmos ocorrida durante a vigência do contrato. Aceita(m) que poderá haver lugar à transmissão dos seus dados (adequados, pertinentes e não excessivos) a outras entidades seguradoras ou organismos públicos ou privados relacionados com o sector dos Seguros com vista (i) à tramitação de possíveis sinistros, (ii) ao combate à fraude ou (iii) a outro propósito que necessário para a adequada atuação profissional na gestão da sua Apólice ou por razões de Co-seguro ou Resseguro, e mais autoriza(m) a Entidade Seguradora a fazer uso dos seus dados com a finalidade de remeter informação através de qualquer meio de comunicação sobre as actividades, serviços e produtos da mesma ou das empresas do Grupo PREVISIÓN SANITARIA NACIONAL, cuja composição pode ser consultada em http://psn.com.pt/seguros/.

Observações:

_____

_____

_____

Junta-se FOTOCÓPIA DO DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO EM VIGOR do Tomador e/ou Seguro

Exemplar para a Mútua

Inscrita en el R. M. de Madrid, Tomo 4.071, Libro 0, Sección 8, Hoja M-67.736, C.I.F. V28230688
PSN Sucursal em Portugal - Cons. Rg. Com. Lisboa e NIPC nº 980 384 087 - ASF Reg. nº 1180

PREST0001 1706/1