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

Tomador

Apelidos:		Nº de Mutualista:
Nome:		N.I.F.:
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:		N.I.F.:
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 5 0

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

A Pessoa Segura declara que:
- Tem conhecimento de que a Seguradora poderá proceder à transmissão dos seus dados pessoais nos casos em que esta esteja legal ou contratualmente obrigada a tal transmissão.
- Autoriza a cedência dos dados pessoais disponibilizados, sob regime de absoluta confidencialidade, às empresas que integram o Grupo Empresarial PSN, desde que compatível com a finalidade de recolha dos mesmos;
- Autoriza a Seguradora a proceder à recolha de dados pessoais complementares junto dos organismos públicos, empresas especializadas e outras unidades económicas, tendo em vista a confirmação ou complemento dos elementos recolhidos necessários à gestão da relação contratual;
- Autoriza a Entidade Seguradora a efectuar, se assim o entender, o registo magnético das chamadas telefónicas que vierem a ser realizadas para a mesma, no âmbito da relação contratual ora estabelecida, e bem assim a proceder à sua utilização para quaisquer fins lícitos, nomeadamente, para execução dos serviços contratados, para melhoramento e controlo dos mesmos e como meio de prova. Os dados recolhidos serão processados e armazenados informaticamente e destinam-se à utilização nas relações contratuais com a companhia e seus subcontratados.

As omissões, inexactidões e falsidades, quer no que respeita a dados de fornecimento obrigatório, quer facultativo são da responsabilidade do Pessoa Segura.
Os interessados podem ter acesso à informação que lhes diga directamente respeito, solicitando a sua correcção, aditamento ou eliminação, mediante contacto directo ou por escrito.
Pretendo receber informações sobre as actividades, serviços e produtos da Entidade Seguradora e das empresas integradas no Grupo Previsión Sanitaria Nacional. ☐SIM ☐NÃO
O Tomador do Seguro declara ainda que todas as informações exigidas por lei lhe foram devidamente prestadas e que tomou conhecimento de todo o conteúdo das mesmas tendo-lhe sido prestados todos os esclarecimentos sobre as condições contratuais, nomeadamente sobre as garantias e exclusões aplicáveis, com as quais concorda.
Autorizo expressamente o Segurador a informar o (os) beneficiáio (os), por escrito, da existência do contrato de seguro, da sua qualidade de beneficiário e do seu direito as importâncias devidas pelo contrato de seguro e, no caso de impossibilidade comprovada de contacto durante um ano seguido com o tomador do seguro e com o segurado, no caso de não coincidirem com a mesma pessoa, ou com o subscritor, no prazo de 30 dias após a última comunicação dirigida àqueles, nos termos do nº.2, do artigo 5º do Decreto-Lei nº. 384/2007 de 19 de Novembro. ☐SIM ☐NÃO

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

PRESTO001 1412/1