



N.º APÓLICE \_\_\_\_\_

N.º EMPRÉSTIMO \_\_\_\_\_

**PESSOA SEGURA**

NOME \_\_\_\_\_

DATA DE NASCIMENTO \_\_\_\_\_ N.º CONTRIBUINTE (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO) \_\_\_\_\_  
DIA MÊS ANO

MORADA \_\_\_\_\_

LOCALIDADE \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

TELEFONE \_\_\_\_\_ TELEMÓVEL \_\_\_\_\_

PROFISSÃO \_\_\_\_\_

**BENEFICIÁRIO**

NOME \_\_\_\_\_

MORADA \_\_\_\_\_

LOCALIDADE \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

MONTANTE DO EMPRÉSTIMO \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_ €

PRESTAÇÃO MENSAL \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_ €

PRAZO CONTRATADO (MESES) \_\_\_\_\_

DATA DE INÍCIO DO EMPRÉSTIMO \_\_\_\_\_  
DIA MÊS ANO

VALOR TOTAL MENSAL SEGURO DOS PAGAMENTOS DOMICILIADOS \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_ €

IBAN \_\_\_\_\_

**DADOS DO ACIDENTE**

DATA DA OCORRÊNCIA \_\_\_\_\_ LOCAL \_\_\_\_\_  
HORA MIN. DIA MÊS ANO

DESCRIÇÃO PORMENORIZADA DO ACIDENTE \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

DANOS SOFRIDOS \_\_\_\_\_

O SINISTRADO FICOU HOSPITALIZADO ? NÃO  SIM  EM CASO AFIRMATIVO, ONDE, E QUANTOS DIAS ? \_\_\_\_\_

O SINISTRADO FICOU IMPOSSIBILITADO DE TRABALHAR ? NÃO  SIM

EM CASO AFIRMATIVO, QUANTOS DIAS FICOU IMPOSSIBILITADO DE TRABALHAR ? \_\_\_\_\_

**DOENÇA**

DATA DOS 1.ºs SINTOMAS \_\_\_\_\_ DATA DO 1.º DIAGNÓSTICO \_\_\_\_\_  
DIA MÊS ANO DIA MÊS ANO

SINTOMAS \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**DESEMPREGO**

DATA DO ÚLTIMO DIA DE TRABALHO \_\_\_\_\_ EMPRESA ONDE TRABALHAVA \_\_\_\_\_  
DIA MÊS ANO

MOTIVO DO DESEMPREGO \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

LOCAL DA PARTICIPAÇÃO

DIA MÊS ANO

O SEGURADO





## DADOS DO MÉDICO ASSISTENTE

NOME \_\_\_\_\_

MORADA \_\_\_\_\_

TELEFONE \_\_\_\_\_

JÁ FEZ ALGUMA RECLAMAÇÃO DE SINISTRO RELATIVAMENTE A ESTA APÓLICE ? NÃO  SIM   
EM CASO AFIRMATIVO, INDIQUE:

MOTIVO DO SINISTRO \_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_\_  
DIA MÊS ANO

AUTORIZO QUE OS DADOS PESSOAIS RECOLHIDOS NO PRESENTE DOCUMENTO SEJAM PROCESSADOS E ARMAZENADOS INFORMATICAMENTE PARA OS EFEITOS DE GESTÃO DA APÓLICE DE SEGURO, INCLUINDO A DISPONIBILIZAÇÃO DOS DADOS A OUTRAS EMPRESAS, PODENDO ENVOLVER A TRANSFERÊNCIA PARA OUTROS PAÍSES, INCLUSIVE PARA FORA DA UNIÃO EUROPEIA.

É-ME GARANTIDO O DIREITO DE ACESSO E RECTIFICAÇÃO DE QUALQUER DADO QUE ME DIGA RESPEITO, PODENDO SOLICITAR A SUA CORRECÇÃO, ADITAMENTO OU ELIMINAÇÃO, MEDIANTE CONTACTO PESSOAL OU POR ESCRITO, PARA A SEDE DA CA SEGUROS, EM LISBOA. É-ME AINDA GARANTIDO O COMPROMISSO DE PRIVACIDADE DOS MEUS DADOS E DE TOMADA DE MEDIDAS ADEQUADAS PARA OS PRESERVAR DE FORMA CONFIDENCIAL E SEGURA.

AUTORIZO QUALQUER MÉDICO, HOSPITAL, INSTITUIÇÃO DE SAÚDE, ENTIDADE SEGURADORA, OU QUALQUER OUTRA PESSOA OU INSTITUIÇÃO, PÚBLICA OU PRIVADA, DENTRO DOS LIMITES LEGAIS, A FACULTAR À CA SEGUROS, OU A SEU REPRESENTANTE, INFORMAÇÕES SOBRE O MEU ESTADO DE SAÚDE, INCLUINDO HISTORIAL MÉDICO, HOSPITALIZAÇÕES, RECOMENDAÇÕES MÉDICAS, DIAGNÓSTICOS, TRATAMENTOS E DOENÇAS.

\_\_\_\_\_   
DIA MÊS ANO

ASSINATURA DA PESSOA SEGURA (CONFORME DOCUMENTO DE IDENTIDADE)

## NOTAS INFORMATIVAS

- O PREENCHIMENTO DESTA PARTICIPAÇÃO É OBRIGATÓRIO E FUNDAMENTAL PARA A ANÁLISE E REGULARIZAÇÃO DE TODOS OS SINISTROS.
- ESTA PARTICIPAÇÃO DEVERÁ SER SEMPRE ACOMPANHADA DE UMA CÓPIA DO DOCUMENTO DE ADESÃO DO SEGURO DEVIDAMENTE ASSINADA PELA PESSOA SEGURA.
- PARA OS SINISTROS DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA, DEVERÁ SER ENVIADO RELATÓRIO DO MÉDICO QUE ATESTOU A INCAPACIDADE PARA O TRABALHO, INDICANDO A CAUSA E A SUA DURAÇÃO PROVÁVEL, BEM COMO BOLETIM DE BAIXA DA SEGURANÇA SOCIAL. ESTE DOCUMENTO DEVERÁ SER ENTREGUE MENSALMENTE COMO COMPROVATIVO DA SITUAÇÃO DE INCAPACIDADE, ENQUANTO ESTA SE MANTIVER. DEVERÁ IGUALMENTE SER ENVIADA A DECLARAÇÃO DA ENTIDADE PATRONAL E NO CASO DE TRABALHADORES POR CONTA PRÓPRIA A FOLHA GUIA DE PAGAMENTOS DA SEGURANÇA SOCIAL.
- NO CASO DE DESEMPREGO DEVERÁ SER ENVIADO À SEGURADORA, DOCUMENTO DO CENTRO DE EMPREGO, CONFIRMANDO A INSCRIÇÃO NAQUELA ENTIDADE NA QUALIDADE DE DESEMPREGADO. ESTE DOCUMENTO DEVERÁ SER ENTREGUE MENSALMENTE COMO COMPROVATIVO DA SITUAÇÃO DE DESEMPREGO ENQUANTO ESTA SE MANTIVER. DEVERÁ IGUALMENTE SER ENVIADO O MODELO RP5044 E CÓPIA DO EXTRACTO DE REMUNERAÇÃO.
- EM CASO DE HOSPITALIZAÇÃO DEVERÁ SER ENVIADO AO SEGURADOR O COMPROVATIVO DA SITUAÇÃO DE INTERNAMENTO HOSPITALAR E RESPECTIVOS MOTIVOS. DEVERÁ IGUALMENTE SER ENVIADA A FOLHA GUIA DE PAGAMENTOS À SEGURANÇA SOCIAL E RELATÓRIO HOSPITALAR BEM COMO DA ALTA HOSPITALAR.
- A PESSOA SEGURA DEVERÁ FAZER A PARTICIPAÇÃO DO SINISTRO LOGO QUE TENHA CONHECIMENTO DE QUE A INCAPACIDADE SERÁ SUPERIOR A 30 DIAS.
- O SEGURADOR PODERÁ SOLICITAR À PESSOA SEGURA, SEMPRE QUE NECESSÁRIO, DOCUMENTAÇÃO ADICIONAL PARA A AVALIAÇÃO DO SINISTRO PARTICIPADO.
- DEVE ANEXAR O COMPROVATIVO DE HISTÓRICO DAS DOMICILIAÇÕES DOS ÚLTIMOS 3 MESES (PARA PAGAMENTOS DOMICILIADOS).

## DECLARAÇÃO - DADOS PESSOAIS

Declaro ter recebido informações detalhadas acerca da utilização e protecção que é dada pela CA Seguros aos meus dados pessoais, nomeadamente o motivo pelo qual procede ao seu tratamento e os direitos que me assistem, constantes do documento designado por "Informação sobre o Tratamento dos seus Dados Pessoais" que me foi entregue e do qual fiquei também ciente.

Mais declaro que autorizo a CA Seguros a tratar os dados pessoais relativos à minha saúde para gestão de sinistros, de acordo com as referidas informações.

LOCAL DA PARTICIPAÇÃO \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_   
DIA MÊS ANO

O SEGURADO \_\_\_\_\_



## RELATÓRIO MÉDICO

### INSTRUÇÕES

- 1) ESTE RELATÓRIO MÉDICO DEVERÁ SER PREENCHIDO PELO MÉDICO DE FAMÍLIA OU MÉDICO ASSISTENTE, UTILIZANDO LETRA BEM LEGÍVEL E CONTENDO O RESPECTIVO SELO MÉDICO. ESTE RELATÓRIO PODE SER SUBSTITUÍDO POR DOCUMENTO MANUSCRITO, NO ENTANTO AS QUESTÕES OBRIGATORIAS DEVEM POR FAVOR SER RESPONDIDAS.
- 2) AS RESPOSTAS ÀS QUESTÕES ABAIXO COLOCADAS SÃO CONFIDENCIAIS E DE USO RESERVADO AO NOSSO MÉDICO, SENDO FUNDAMENTAIS PARA A RESOLUÇÃO DO PROCESSO. CASO NÃO SEJAM RESPONDIDAS, ESTE RELATÓRIO MÉDICO SERÁ CONSIDERADO INCOMPLETO, E COMO CONSEQUÊNCIA O PROCESSO TAMBÉM.
- 3) ESTAS QUESTÕES SÃO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.
- 4) ESTE RELATÓRIO **NÃO** DEVERÁ SER PREENCHIDO PELA PESSOA SEGURA.

ACIDENTE  DOENÇA

NOME DA PESSOA SEGURA: (3) \_\_\_\_\_

DATA DA OCORRÊNCIA: (3) \_\_\_\_\_  
DIA MÊS ANO

### PREENCHER SÓ EM CASO DE ACIDENTE

QUAL O TIPO DE ACIDENTE SOFRIDO: (3) \_\_\_\_\_

QUAIS AS LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE: (3) \_\_\_\_\_

### PREENCHER SÓ EM CASO DE DOENÇA

QUAL A DOENÇA EXACTA QUE MOTIVOU ESTA OCORRÊNCIA: (3) \_\_\_\_\_

DATA DOS 1ºS SINTOMAS DA DOENÇA: (3) \_\_\_\_\_  
DIA MÊS ANO

QUAIS OS SINTOMAS INICIAIS: \_\_\_\_\_

QUAL A EVOLUÇÃO DA DOENÇA ATÉ À PRESENTE DATA: \_\_\_\_\_

DO PROCESSO CLÍNICO OU HISTORIAL CLÍNICO CONSTA A EXISTÊNCIA DE DOENÇAS QUE ESTEJAM DIRECTA OU INDIRECTAMENTE RELACIONADAS COM ESTA DOENÇA: (3) NÃO  SIM  DESCONHEÇO

EM CASO AFIRMATIVO, PREENCHA OBRIGATORIAMENTE OS CAMPOS EM BAIXO:

1) \_\_\_\_\_ DATA 1ºS SINTOMAS: \_\_\_\_\_  
DIA MÊS ANO

2) \_\_\_\_\_ DATA 1ºS SINTOMAS: \_\_\_\_\_  
DIA MÊS ANO

3) \_\_\_\_\_ DATA 1ºS SINTOMAS: \_\_\_\_\_  
DIA MÊS ANO

4) \_\_\_\_\_ DATA 1ºS SINTOMAS: \_\_\_\_\_  
DIA MÊS ANO

AS CONDIÇÕES EM QUE SE VERIFICARAM AS AFECÇÕES REFERIDAS SÃO DEVIDAS A DANOS AUTO-INFLIGIDOS, PARTO, GRAVIDEZ, ABORTO, CONSUMO DE ÁLCOOL OU DE DROGAS SEM PRESCRIÇÃO MÉDICA, GUERRAS, TUMULTOS, DOENÇAS NERVOSAS OU SINTOMAS INEXPLICÁVEIS ? (3) NÃO  SIM

SE SIM, DETALHE \_\_\_\_\_

SE TIVER CONHECIMENTO DA EXISTÊNCIA DE OUTRO MÉDICO QUE POSSA PRESTAR ESCLARECIMENTOS ADICIONAIS RELATIVAMENTE A ESTA SITUAÇÃO, POR FAVOR INDIQUE O SEU

NOME E CONTACTO CLÍNICO: \_\_\_\_\_

### IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO

DESDE QUE DATA É MÉDICO ASSISTENTE DA PESSOA SEGURA: (3) \_\_\_\_\_  
DIA MÊS ANO

NOME: (3) \_\_\_\_\_ N.º CÉDULA PROFISSIONAL: (3) \_\_\_\_\_

MORADA PROFISSIONAL: (3) \_\_\_\_\_ LOCALIDADE: \_\_\_\_\_

CÓDIGO POSTAL: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ TELEFONE PROFISSIONAL: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
DIA (3) MÊS (3) ANO (3) ASSINATURA (3)

SELO MÉDICO (3)

## **INFORMAÇÃO SOBRE O TRATAMENTO DOS SEUS DADOS PESSOAIS**

### **1. Responsável pelo tratamento de dados pessoais**

A CA Seguros é responsável pelo tratamento dos dados pessoais, na medida em que determina as finalidades e os meios de tratamento dos dados pessoais.

### **2. Recolha e tratamento dos dados pessoais**

A CA Seguros apenas recolhe e trata os dados pessoais necessários à prestação de serviço acordada ou aos produtos subscritos. Os dados pessoais tratados podem ser fornecidos pelos próprios Titulares (e.g., mediante preenchimento de formulários para subscrição de um seguro) ou criados a partir da análise da sua utilização dos produtos e serviços e das suas preferências (e.g., a definição do seu perfil de Cliente).

### **3. Categorias de dados pessoais**

Na prestação dos serviços e na oferta de produtos, a CA Seguros procede ao tratamento de várias categorias de dados pessoais, incluindo:

- Dados de identificação civil (e.g., nome, género, data de nascimento, assinatura);
- Dados de identificação fiscal (e.g., número de identificação fiscal);
- Dados de morada e contacto (e.g., morada de correspondência, telefone);
- Dados de situação pessoal (e.g., emigrante, reformado);
- Dados profissionais e habilitações académicas (e.g., profissão, entidade patronal, rendimento, ENI);
- Dados contratuais e patrimoniais (e.g., IBAN);
- Dados de saúde (e.g., grau de deficiência, dados clínicos, relatório médico ou clínico).

### **4. Finalidades e fontes de licitude**

Os dados pessoais recolhidos pela CA Seguros são tratados para as seguintes situações:

#### **1) Execução de um contrato celebrado consigo ou realização de diligências pré-contratuais a seu pedido:**

- Análise de risco para a celebração de contrato de seguro;
- Celebração e gestão do contrato de seguro;
- Gestão de sinistros.

#### **2) Cumprimento de obrigações legais e regulamentares a que a CA Seguros está sujeita:**

- Cumprimento de obrigações legais ou regulamentares;
- Cumprimento de obrigações legais relativas ao reporte ou respostas a autoridades públicas;
- Cumprimento de procedimentos em matéria de prevenção e combate à criminalidade financeira;
- Segurança da informação e protecção de dados pessoais.

#### **3) Prossecução de interesses legítimos da CA Seguros:**

- Realização de *marketing* e comunicação de produtos e serviços próprios, designadamente a análise e o tratamento de dados para identificar oportunidades de apresentação de produtos ou serviços, dinamização de actividades comerciais para *marketing* directo;
- Melhoria da qualidade de serviços, designadamente através de análise e tratamento de informação relativa à qualidade e ao desempenho dos vários meios e processos de prestação de serviços, gestão de reclamações, inquéritos de satisfação, estudos de mercado;
- Estatística e gestão actuarial;
- Prevenção e combate à fraude.

#### **4) Com base no seu consentimento prévio, livre e expresso, a CA Seguros poderá tratar os seus dados pessoais para:**

- Promoção de produtos e serviços não similares e conexos com os contratados;
- Apresentação de produtos e serviços disponíveis a não Clientes;
- Promoção de produtos e serviços não financeiros do Grupo Crédito Agrícola (GCA) ou de terceiros, designadamente parceiros;
- Contratação de seguros que envolvam o tratamento de categorias especiais de dados, por exemplo, dados biométricos, dados relativos à saúde e a gestão de sinistros, quando envolva o tratamento de dados de saúde que obrigue, nos termos legalmente estabelecidos, à obtenção do respectivo consentimento.

### **5. Direitos dos titulares dos dados**

A CA Seguros assegura que todos os titulares dos dados podem exercer os seus direitos, designadamente:

- Direito de acesso;
- Direito de rectificação;
- Direito ao apagamento;
- Direito à limitação do tratamento;
- Direito de portabilidade;
- Direito de oposição;
- Direito de não ficar sujeito a decisões individuais exclusivamente automatizadas;
- Direito a retirar o seu consentimento;
- Direito de apresentar reclamações junto da CNPD.

### **6. Destinatários dos dados pessoais**

Para cumprimento dos seus deveres e para prestação de um serviço de qualidade, a CA Seguros poderá ter que comunicar os seus dados pessoais a outras entidades, incluindo as seguintes categorias de destinatários:

- Autoridades públicas, como sejam as Autoridades Tributárias, a Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões, Tribunais Judiciais ou Administrativos, Instituto da Mobilidade e Transportes Terrestres, Instituto de Financiamento da Agricultura e Pescas, Ministério do Trabalho;
- Conservatória do Registo Automóvel;
- Associação Portuguesa de Seguradores e Associações de Defesa do Consumidor;
- Entidades terceiras credoras ou com direitos ressalvados;
- Prestadores de serviços que prestem serviços à CA Seguros (e.g., peritos, averiguadores, assessoria jurídica);
- Outras entidades pertencentes ao GCA, como sejam as Caixas Agrícolas, a FENACAM, o CA Serviços e a CA Informática.

### **7. Prazos de conservação dos dados pessoais**

O tratamento dos dados pela CA Seguros manter-se-á enquanto se revelar necessário ou obrigatório para o cumprimento das finalidades acima indicadas.

Terminada a relação contratual, os dados pessoais, os tratamentos de dados pessoais e a respectiva conservação de dados manter-se-ão pelos prazos legais obrigatórios ou até que prescrevam, nos termos da lei, os direitos dela emergentes.

### **8. Pontos de contacto e Encarregado da Protecção de Dados**

Sugerimos que consulte uma versão mais completa desta informação em:

<https://www.creditagricola.pt/institucional/o-grupo-ca/estrutura-do-grupo/empresas-participadas/ca-seguros>.

Sempre que tiver alguma dúvida acerca do tratamento dos seus dados ou das informações que lhe foram prestadas, pode contactar a CA Seguros, através dos seguintes canais:

- Agência do Crédito Agrícola;
- E-mail: [protecaoededados@creditoagricola.pt](mailto:protecaoededados@creditoagricola.pt);
- Morada: Rua Castilho, 233, 1099-004 Lisboa;
- Telefone: Linha Directa 808 20 60 60 e Linha Directa Internacional (00) 800 11 17 11 17.

Em caso de questões relacionadas com o tratamento dos seus dados pessoais ou com o exercício dos seus direitos, pode também contactar o Encarregado da Protecção de Dados da CA Seguros através dos seguintes contactos:

- E-mail: [dpo@creditoagricola.pt](mailto:dpo@creditoagricola.pt);
- Morada: Rua Castilho, 233, 1099-004 Lisboa;
- Telefone: +351 213 809 900.