

## **Questionário de Responsabilidade Civil para Unidades de Saúde Sem Internamento**

**Por favor, leia estas notas de orientação antes de preencher o questionário.**

1. O questionário refere-se a uma cobertura de responsabilidade civil profissional com base em reclamações. O contrato de seguro cobre as reclamações que forem formuladas por primeira vez contra o segurado durante o período de vigência do seguro, de acordo com os termos e condições que forem estabelecidas e acordadas entre as partes.
2. O questionário deverá ser preenchido, assinado e datado por uma pessoa com capacidade legal e autorizada para a contratação de um seguro de responsabilidade civil profissional para a empresa que representa.
3. É um dever do proponente proporcionar toda a informação que for pedida no questionário, assim como dar a conhecer qualquer facto relevante.
4. Entende-se por facto relevante o facto e/ou circunstância conhecido que puder ser incluído na avaliação de risco por parte do segurador. Se tiver dúvidas sobre o que poderá constituir um facto relevante e deva ser comunicado ao segurador, consulte o seu mediador de seguros ou seguradores.
5. Este questionário não vincula as partes a celebrar um contrato de seguro, mas fará parte de qualquer contrato de seguro que vier a ser celebrado com base nos dados constantes do mesmo.
6. É imprescindível responder a todas as perguntas contidas neste questionário.

### **A) DADOS GERAIS**

1. **Tomador do seguro:** .....
2. **Nº Contribuinte:** .....
3. **Morada:**  
.....  
.....  
.....  
.....
4. **Dada de criação:** .....

## B) TIPO DE UNIDADE DE SAÚDE

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Consultório médico               | <input type="checkbox"/> Tratamento ambulatorio         |
| <input type="checkbox"/> Clínica dentária                 | <input type="checkbox"/> Centro de urgências            |
| <input type="checkbox"/> Laboratório de análises clínicas | <input type="checkbox"/> Centro de imagem e diagnóstico |
| <input type="checkbox"/> Centro de reprodução assistida   | <input type="checkbox"/> Centro de Cirurgia Ambulatória |
| <input type="checkbox"/> Outros (detalhes) .....          |   |

## C) ACTIVIDADE

Descrição completa e detalhada da actividade da unidade de saúde.

.....

.....

.....

.....

.....

## D) FACTURAÇÃO (HONORÁRIOS)

Último Exercício Fechado: .....

Estimativa Exercício em Curso: .....

## E) DIVISÃO DO PESSOAL

<b>PESSOAL NÃO MÉDICO</b>	<b>Laboral</b>	<b>Comercial</b>
Diretores		
Administrativos		
Assistentes sociais		
Psicólogos		
Outros (detalhes)		
<b>PESSOAL MÉDICO NÃO FACULTATIVO</b>	<b>Laboral</b>	<b>Comercial</b>
Licenciado em Enfermagem e A.T.S.		
Fisioterapeutas		
Podólogos		
Técnicos de saúde		
Assistentes clínicos		
Outros (detalhes)		

<b>PESSOAL MÉDICO FACULTATIVO</b>	<b>Laboral</b>	<b>Comercial</b>
Médicos (ver quadro de especialidades anexo)		
<b>Pessoal médico por especialidades</b>		
Alergologia		
Análises Clínicas		
Sistema Digestivo – sem endoscopias		
Sistema Digestivo e Gastroenterologia – com endoscopias		
Bioquímica Clínica		
Cardiologia – sem cirurgia		
Cirurgia Geral e Digestiva		
Cirurgia Oral e Maxilo-facial		
Dermatologia e Venereologia - sem cirurgia		
Dermatologia e Venereologia - com cirurgia		
Endocrinologia-Metabolismo e Nutrição		
Farmacologia Clínica		
Ginecologia sem cirurgia, excluindo Obstetrícia (partos)		
Ginecologia com cirurgia, excluindo Obstetrícia (partos)		
Hematologia e Hemoterapia		
Imunologia		
Medicina do Trabalho		
Medicina Desportiva		
Medicina Geral		
Medicina Geriátrica		
Medicina Intensiva – U.C.I.		
Medicina Legal e Forense		
Medicina Nuclear		
Medicina Preventiva		
Nefrologia		
Pneumologia e Unidade do Sono		
Neurologia-Neuropsiquiatria		
Odonto-estomatologia		
Oftalmologia sem cirurgia		
Oftalmologia com cirurgia		
Oncologia Médica		
Oncologia Radioterápica-Radioterapia		
Otorrinolaringologia sem cirurgia		
Otorrinolaringologia com cirurgia		
Pediatria		
Psiquiatria		
Radiodiagnóstico-Radiologia não-invasiva		
Radiodiagnóstico Intervencionista		
Reabilitação		

Reumatologia		
Traumatologia sem cirurgia		
Urologia sem cirurgia		
Urologia com cirurgia-Proctologia		
Outras especialidades (detalhes)		

**F) INFORMAÇÃO ADICIONAL**

1. Número e tipologia de aparelhos de RX

.....  
 .....  
 .....

2. Praticam medicinas ou terapias alternativas?

**SIM**                       **NÃO**

Em caso afirmativo, indiquem detalhes:

.....  
 .....  
 .....

3. Praticam medicina estética, com ou sem cirurgia?

**SIM**                       **NÃO**

Em caso afirmativo, indiquem detalhes:

.....  
 .....  
 .....

4. Realizam intervenções cirúrgicas ou procedimentos invasivos?

**SIM**                       **NÃO**

Em caso afirmativo, anexem os documentos de Consentimento Informado que utilizam.

5. Prestam serviços sociomédicos (ex.: assistência a toxicodependentes, deficientes, doentes crónicos) e/ou serviços para a terceira idade ?

**SIM**                       **NÃO**

Em caso afirmativo, indiquem detalhes:

.....  
 .....  
 .....

6. Detalhes das instalações da unidade de saúde

Morada	Superfície (m2)	Nº de andares	Ano de construção	Propiedade do Segurado	Sistemas de Sprinkler
				<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

Têm outras medidas de segurança?

**SIM**

**NÃO**

Em caso afirmativo, indiquem detalhes:

7. Dispõe actualmente de um seguro de Responsabilidade Civil?

**SIM**

**NÃO**

Em caso afirmativo, indique a seguinte informação:

Companhia de seguros: .....

Limite de indemnização: .....

Franquia: .....

Prémio: .....

Data da renovação: .....

8. Indique o limite da indemnização solicitado:

€ 250.000,00     € 500.000,00     € 1.000.000,00

€ 1.500.000,00     € 2.000.000,00     € \_\_\_\_\_

Determine a franquia que deseja assumir: .....

## G) INFORMAÇÃO SOBRE SINISTRALIDADE

1. Foi-lhe feita alguma reclamação contra o Tomador ou contra algum dos seus sócios ou pessoal com fundamento em negligência, erro ou omissão nos últimos 5 anos?

SIM

NÃO

Em caso afirmativo, pedimos-lhe que nos faculte informação completa e detalhada, montante reclamado, reservas pendentes e pagamentos efectuados.

.....  
.....  
.....

2. Existe alguma circunstância ou facto que, previsivelmente, possa dar lugar a uma reclamação contra o Tomador ou contra algum dos seus sócios ou pessoal?

SIM

NÃO

Em caso afirmativo, pedimos que nos faculte informação completa e detalhada.

.....  
.....  
.....

**NOTA:** Um facto, circunstância ou incidente que possa dar lugar a uma Reclamação deverá ser interpretado no sentido mais lato possível. Por favor, consulte o seu Mediador de Seguros para o assistir neste ponto.

Em qualquer caso, para que não existam dúvidas sobre o sentido da pergunta, deverá declarar qualquer ocorrência relacionada com a sua actividade profissional que se afaste da mais estrita normalidade. Em particular, qualquer notificação, ocorrência ou intervenção perante qualquer Tribunal ou Autoridade judicial, arbitral ou administrativa, ou em qualquer procedimento ou processo constitui um facto relevante que, como tal, deve ser declarado, qualquer que seja a qualidade em que o Segurado se vir afectado pela ocorrência, e independentemente da forma como receba a notificação ou intervenha perante o Tribunal ou Autoridade, ou no procedimento ou processo em causa.

## Informação Pré-contratual

Segurador a quem é solicitada a celebração do contrato de seguro, declara que:

1. O presente contrato de seguro é celebrado com a MARKEL International Insurance Company Limited, Sucursal em Espanha, com escritório em Plaza Pablo Ruiz Picasso, nº 1, Planta 35, 28020 Madrid (Espanha), inscrita na Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões sob o número 4423.

2. O Estado Membro encarregue da supervisão das actividades do Segurador é o Reino Unido e a Autoridade de Controlo é a "Prudential Regulation Authority", com domicílio em 20 Moorgate, Londres, EC2R 6DÁ e a "Financial Conduct Authority", com domicílio em 25 de North Colonnade, Canary Wharf, Londres E14 5HS, Inglaterra;

3. A legislação aplicável ao presente contrato será o Regime Jurídico do Contrato de Seguro aprovado pelo Decreto-Lei n.º 72/2008, de 16 de Abril, e as restantes leis portuguesas sobre seguros que se apliquem a este tipo de seguro.

4. O representante para sinistros do Segurador é: Paulo Fernando Pinheiro Bandeira, com domicílio profissional na Rua D. Francisco Manuel de Melo 21, 1070-085 Lisboa, com o telefone 213132000.

**Em caso de sinistro, o Segurado deverá notificar o mesmo ao representante do Segurador, o qual se encarregará de gerir o sinistro e representar o Segurador face aos lesados, podendo igualmente assegurar a representação do Segurador perante os tribunais portugueses e as demais autoridades portuguesas.**

5. As disposições relativas às reclamações serão as seguintes:

a) Instâncias internas de reclamação:

No caso de ter alguma queixa ou reclamação, poderá dirigir-se por escrito ao corretor intermediário da apólice, caso se justifique.

b) Instâncias externas de reclamação:

Em caso de conflito, poderá reclamar perante o Tribunal de Primeira Instância correspondente ao seu domicílio.

Do mesmo modo, poderá submeter voluntariamente as suas divergências a uma mediação ou decisão arbitral nos termos da Lei de Arbitragem Voluntária.

Igualmente e sem prejuízo das ações a exercer perante os Tribunais, os Tomadores do Seguro, Segurados e Beneficiários poderão reclamar perante a Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões se considerarem que a entidade seguradora realizou práticas abusivas ou lesou os direitos derivados do contrato de seguro.

O Tomador do Seguro compromete-se a informar os Segurados dos seus direitos e obrigações no âmbito do presente contrato de seguro.

## **Cláusula Dados Pessoais**

De acordo com o estabelecido na Lei 67/98, de 26 de Outubro, relativa à proteção de dados pessoais, o Segurador é a entidade responsável pelo tratamento dos seus dados pessoais que tratará como confidenciais e poderá proceder à transmissão dos mesmos nos casos em que esteja legal ou contratualmente obrigada a tal transmissão, bem como poderá comunica-los, nas gestões a deva proceder em caso de sinistro, a mediadores de seguro, empresas de seguro, e demais entidades e organismos cuja intervenção seja considerada necessária ou conveniente para a adequada resolução e tramitação de tais sinistros.

1. O Segurador poderá proceder à recolha de dados pessoais complementares junto dos organismos públicos, empresas especializadas e outras unidades económicas, tendo em vista confirmar ou complementar os elementos informativos já recolhidos que sejam necessários à correta gestão da relação contratual entre as partes.
2. O titular consente em que o Segurador poderá efetuar o registo magnético das chamadas telefónicas que sejam realizadas no âmbito da relação contratual ora estabelecida, e bem assim proceder à sua utilização para quaisquer fins lícitos, nomeadamente para execução dos serviços contratados, melhoramento e controlo dos mesmos e ainda como meio de prova, conservando-as pelo período máximo permitido por lei.

3. É autorizado o tratamento de dados pessoais para efeitos de Marketing Direto, sendo assegurado ao titular dos dados o direito legal de oposição, sendo que salvo nos comunique intenção contrária, o Segurador fica autorizado a conservar o seus dados, independentemente de haver ou não contratação efetiva da apólice, para lhe fazer chegar futuras propostas e o manter informado acerca dos nossos produtos e/ou dos serviços relacionados com a nossa atividade, inclusivamente por meios eletrónicos (por exemplo por email). Em caso de cessação do contrato, e salvo nos comunique intenção contrária, o Segurador poderá continuar a fazer uso desta possibilidade até dez anos após tal cessação, após o que a sua autorização para essa finalidade caducará.
4. Os dados pessoais recolhidos serão processados e armazenados informaticamente e destinam-se à sua utilização nas relações contratuais com a companhia e seus subcontratados, sendo incorporados nos nossos ficheiros para as finalidades de avaliar o risco cuja cobertura nos seja solicitada, tramitar a execução, cumprimento e controlo em caso de contratação do seguro, tramitar eventuais sinistros que derivem do mesmo.
5. As omissões, inexatidões e falsidades no que respeita a dados pessoais, quer de fornecimento obrigatório quer facultativo, são da responsabilidade do Pessoa Segura e poderão provocar a legítima resolução imediata do contrato pelo Segurador.
6. O Tomador, a Pessoa Segura ou os Beneficiários podem durante a vigência do contrato ter acesso à informação que lhes diga diretamente respeito, podendo solicitar a sua correção, aditamento ou eliminação, mediante contacto direto com o Seguradora ou por meio escrito de que fique suporte duradouro ("MARKEL INTERNATIONAL SA - Ref. Protección Datos", Plaza Pablo Ruiz Picasso, 1, planta 35 (Torre Picasso), 28020 Madrid- ESPANHA), devendo em qualquer caso juntar cópia do seu documento pessoal de identificação.
7. Nos casos em que a tramitação do sinistro implique o tratamento de dados de saúde e seja necessário o acesso pela Seguradora a dados de saúde do Tomador (ou da Pessoa Segura, se distinta daquele), manifesta-se aqui explicitamente a vontade livre, específica e informada em consentir que o Segurador aceda a relatórios relativos à prática de atos médicos, de autópsia ou outro documento médico similar que detalhe suficientemente a(s) causa(s) da doença ou da morte, bem como lhe seja facultado acesso à informação sobre si constante da respetiva ficha clínica, designadamente através do fornecimento da documentação clínica necessária à tramitação, gestão e decisão sobre pagamentos a cargo da Seguradora nos termos do presente contrato, independentemente de tais dados se encontrarem na posse de entidades de saúde públicas ou privadas, consentimento específico que é prestado pela aposição da sua assinatura na presente declaração: \_\_\_\_\_ (conforme documento de identificação).

## Declarações

Declaramos que o conteúdo do presente questionário é verdadeiro e correcto e foram revelados todos os factos e questões que possam ser relevantes para efeitos do presente questionário. Aceitamos que este questionário e qualquer outra informação escrita por nós proporcionada íntegra e faça parte do contrato de seguro. Comprometemo-nos a informar o Segurador de qualquer alteração material na informação já proporcionada ou de qualquer novo facto ou questão que possa ocorrer entre a data do questionário e a data da produção de efeitos da renovação.

Assinatura: .....

Data: .....