|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

***IMPORTANTE:*** *Todos os campos aplicáveis deverão ser preenchidos. Campos não preenchidos serão considerados, para todos os efeitos legais e de coberturas securitárias, como não aplicáveis. Este documento será considerado parte integrante da apólice, caso o seguro seja contratado.*

**Dados do Proponente**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nome Completo: | | | | | | | | CPF: | | |
| Endereço Principal: | | | | | | Nº: | | Complemento: | | |
| Bairro: | | | Cidade/UF: | | | | | CEP: | | |
| E-mail: | | | | Telefone: | | | | Celular: | | |
| Data de Nascimento: | Sexo:  Masculino  Feminino | | | | É cooperado Unimed?  Sim  Não | | | | | Nº Reg/UF - CRM | CRO | Outros: | |
| Pessoa Politicamente Exposta (PEP)¹?  Não  Sim, sou PEP Titular  Sim, possuo Relacionamento Próximo | | Se possuir relacionamento próximo, informe os dados da PEP Titular | | | | | | | | | | |
| Nome | | | | | CPF | | Grau de Relacionamento com a PEP: | | | |
| Informar origem dos recursos (somente se for PEP e caso a operação seja acima de R$ 10mil):  Salário/Pró-Labore  Aplicações Financeiras  Comissões  Herança  Imóveis  Aposentadoria  Outros  *Sujeito a solicitação de documentação comprobatória.* | | | | | | | | | | | | |
| *¹ PEP - Pessoa Politicamente Exposta: Consideram-se nesta classificação, agentes públicos que desempenham ou que tenham desempenhado, nos últimos 5(cinco) anos, no Brasil ou no exterior, cargos, empregos ou funções públicas relevantes, assim como seus representantes, familiares e outras pessoas de seu relacionamento próximo.* | | | | | | | | | | | | |

**Informações para Análise do Risco**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *O proponente deverá assinalar todas as atividades exercidas, possuindo ou não título de especialista, bem como atentar-se às que requerem informações cirúrgicas sob pena de perda de direito à cobertura securitária por informação inexata.* | | | |
| **Especialidades e áreas de atuação médica que não envolvem cirurgia.** | | | |
| Acupuntura | Geriatria | Medicina Física e Reabilitação | Patologia Clínica | Medicina |
| Alergologia e Imunologia | Hematologia e Hemoterapia | Medicina Intensiva | Laboratorial |
| Cardiologia Clínica e Pediátrica | Homeopatia | Med. Legal e Perícia Médica | Pediatria |
| Cardiologia Intervencionista | Infectologia | Medicina Nuclear | Pneumologia |
| Clínica Médica | Medicina de Emergência | Medicina Preventiva e Social | Psiquiatria |
| Endocrinologia | Med. de Família e Comunidade | Nefrologia | Radiologia e Diag. por Imagem |
| Endoscopia | Medicina de Tráfego | Neurologia | Radioterapia |
| Gastroenterologia | Medicina do Trabalho | Nutrologia | Reumatologia |
| Genética Médica | Medicina Esportiva | Patologia |  |

**Especialidades médicas que podem envolver cirurgia. Informe se pratica a especialidade e se realiza cirurgias.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Anestesiologia | Sim Não | Mastologia | Sim Não | Ortopedia e Traumatologia | Sim Não |
| Coloproctologia | Sim Não | Oftalmologia | Sim Não | Otorrinolaringologia | Sim Não |
| Dermatologia | Sim Não | Oncologia | Sim Não | Urologia | Sim Não |
| Ginecologia (sem Obstetrícia) | Sim Não |  |  |  |  |

**Especialidades médico-cirúrgicas.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Cirurgia Bariátrica | Cirurgia de Cabeça e Pescoço | Cirurgia Pediátrica | Cirurgia Vascular |
| Cirurgia Bucoimaxilofacial | Cirurgia do Aparelho Digestivo | Cirurgia Plástica | Ginecologia com Obstetrícia |
| Cirurgia Cardiovascular | Cirurgia Geral | Cirurgia Torácica | Neurocirurgia |

**Especialidades odontológicas.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Cirurgia Bucomaxilofacial e/ou odontologia com prática estética² | Odontologia COM implante, cirurgia e ortodontia  \* Não inclui cirurgia bucomaxilofacial e odontologia com prática estética | Odontologia: demais especialidades  \* Não inclui cirurgia bucomaxilofacial, odontologia com prática estética, implante, cirurgia e ortodontia |
| Odontologia com harmonização facial e/ou aplicação de toxina botulínica | | |

**Outras atividades profissionais ligadas à área da saúde**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Biologia | Enfermagem Obstétrica- | Farmácia sem Estética | Instrumentação Cirúrgica | Terapia Ocupacional |
| Biomedicina com Estética2 | Neonatal-UTI | Fisioterapia com Estética2 | Nutrição |  |
| Biomedicina sem Estética | Enfermagem | Fisioterapia sem Estética | Psicologia |  |
| Bioquímica | Farmácia com Estética2 | Fonoaudiologia | Técnico em Enfermagem |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Número de atendimentos realizados por mês (aproximadamente): | | | |
| Consultas: | Cirurgias: | Tratamentos: | Outros: |
| ***²*** *Especialidades com prática estética estarão amparadas de acordo com a legislação em vigor na data do procedimento.* | | | |

**Histórico de Reclamações**

|  |
| --- |
| Existem reclamações em andamento contra o proponente por danos causados pela prestação de seus serviços?  SIM  NÃO |
| O proponente já sofreu reclamações ou ação disciplinar por qualquer autoridade fiscal de órgão oficial, conselhos e instituições?  SIM  NÃO |
| O proponente sofreu ação criminal de qualquer natureza, mesmo que não relacionado à prática profissional?  SIM  NÃO |
| O proponente conhece alguma circunstância que possa originar uma reclamação ou demanda contra ele, em decorrência de serviços profissionais prestados?  SIM  NÃO |
| O proponente já sofreu reclamações ou foi demandado em Responsabilidade Civil Profissional por negligência, imperícia ou imprudência?  SIM  NÃO |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

*IMPORTANTE: Se alguma resposta acima for SIM, preencher o REPORTE DE RECLAMAÇÕES na página 03, deste documento.*

**Seguros Anteriores**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| O Proponente possuiu ou atualmente possui apólice de Seguro de Responsabilidade Civil Profissional junto à outra seguradora?  SIM  NÃO | Se sim, forneça as informações abaixo: | | |
| Nome da Seguradora: | Limite da Apólice:  R$ | Período de Vigência:        até |

**Informações para Cotação**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Importância Segurada (escolher pelo menos 3 (três) opções para melhor comparação): | | | | |
| R$ | R$ | R$ | | Outras: |
| Tipo de Apólice:  NOVA  RENOVAÇÃO UNIMED  RENOVAÇÃO CONGÊNERE | | | | |
| Se Renovação Unimed, Apólice nº: | | | Vigência anual desejada³:       até | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Franquia4 (Dependendo da opção contratada você pode ter desconto no prêmio do seu seguro): | | | | |
| Não se aplica | R$ 1.000,00 | R$ 1.500,00 | R$ 2.000,00 | R$ 2.500,00 |
| R$ 3.000,00 | R$ 3.500,00 | R$ 4.000,00 | R$ 4.500,00 | R$ 5.000,00 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Cobertura para Chefe de Equipe:  SIM  NÃO | Cobertura para Diretor Clínico e/ou Técnico:  SIM  NÃO | |
| É sócio ou titular de microempresa(s) ou empresa(s) de pequeno porte? Se sim, a cobertura será estendida ao(s) CNPJ(s).  SIM5  NÃO | | |
| Data de retroatividade6 desejada: | | |
| Nome da Seguradora Anterior | | | Prazo Adicional | |

*³ A aceitação da vigência desejada é facultada a Seguradora após a análise do risco, podendo não ser acatada*

*4 Caso haja a contratação do seguro com franquia, a mesma não se aplicará aos honorários advocatícios da cobertura de custos de defesa.*

*5 A cobertura será estendida automaticamente ao(s) CNPJ(s), sem cobrança de prêmio adicional. Em caso de sinistro, o segurado deverá apresentar o contrato social comprovando a condição de sócio ou titular da microempresa ou empresa de pequeno porte que tenha sido acionada judicialmente.*

*6 Informe os dados da última apólice emitida na congênere para ter direito à* ***Cobertura para Extensão do Período de Retroatividade****6, uma**cobertura exclusiva para renovação de congênere. Para a emissão da apólice com esta cobertura, é necessário o envio da cópia da apólice e condições gerais da Seguradora anterior para a comprovação das informações acima. Caso contrário a apólice não será emitida com esta cobertura.*

*6****IMPORTANTE****: Contratada esta cobertura, o prazo Adicional desta Seguradora seguirá o mesmo prazo Adicional da congênere.*

**Observações**

A aceitação da proposta de seguro está sujeita à análise do risco.

O registro do produto é automático e não representa aprovação ou recomendação por parte da Susep.

O segurado poderá consultar a situação cadastral do corretor de seguros e da sociedade seguradora no sítio eletrônico www.susep.gov.br.

**Declaração**

**O proponente ou seu representante legal, mediante apresentação de procuração, declara que:**

**(i)**     **Todas as informações fornecidas neste documento são verdadeiras, completas e fornecidas de boa-fé, sob pena do disposto nos Arts. 765 e 766 do Código Civil, sem prejuízo ao disposto nas Condições Gerais.**

**(ii)**    **Está ciente do dever de informar a Seguradora imediatamente caso as informações prestadas neste documento sofram qualquer alteração antes da efetivação do seguro. Com base nas novas informações, a Seguradora poderá rever sua posição quanto à aceitação do risco ou quanto às condições oferecidas, inclusive no que tange a prêmios, coberturas e exclusões.**

**(iii)**  **Está ciente que uma vez efetivado o seguro, o presente documento, juntamente com eventuais anexos entregues em folhas separadas, passarão a integrar a apólice e que caso julgue necessário, a Seguradora poderá, a qualquer momento, solicitar informações adicionais e/ou verificar a veracidade das informações fornecidas.**

**(iv)**   **Desconhece, durante o período de retroatividade, quaisquer fatos ou atos que possam dar origem a uma reclamação coberta pelo seguro e que caso seja concedido período de retroatividade anterior ao início de vigência da apólice, serão passíveis de cobertura os fatos desconhecidos pelo Segurado no momento da contratação.**

**(v)**    **Tomou ciência das Condições Contratuais do Seguro, disponíveis em**[***www.segurosunimed.com.br/rc-saude-individual/condicoes***](http://www.segurosunimed.com.br/rc-saude-instituicoes/condicoes)**, em especial no que tange às coberturas e às exclusões, e de que o presente seguro é à base de reclamação com notificação, exigindo sua comunicação à seguradora tão logo se tenha conhecimento.**



***IMPORTANTE:*** *Todos os campos aplicáveis deverão ser preenchidos. Campos não preenchidos serão considerados, para todos os efeitos legais e de coberturas securitárias, como não aplicáveis. Este documento será considerado parte integrante da apólice, caso o seguro seja contratado.*

**Reclamação 01**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nome do autor da ação | | | | |
| Nome do paciente | | | | |
| Data da ocorrência (fato gerador) | Data da reclamação | | Valor envolvido ou indenizado  R$ | Expectativa de perda |
| Objeto da reclamação (detalhar o procedimento que ocasionou a reclamação, o dano alegado pelo reclamante, a conduta do profissional e demais informações relevantes) | | | | |
| Nº e foro do processo | | Status do processo (Ex. Em andamento | Aguardando perícia | Encerrado) | | |

**Reclamação 02**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nome do autor da ação | | | | |
| Nome do paciente | | | | |
| Data da ocorrência (fato gerador) | Data da reclamação | | Valor envolvido ou indenizado  R$ | Expectativa de perda |
| Objeto da reclamação (detalhar o procedimento que ocasionou a reclamação, o dano alegado pelo reclamante, a conduta do profissional e demais informações relevantes) | | | | |
| Nº e foro do processo | | Status do processo (Ex. Em andamento | Aguardando perícia | Encerrado) | | |

**Reclamação 03**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nome do autor da ação | | | | |
| Nome do paciente | | | | |
| Data da ocorrência (fato gerador) | Data da reclamação | | Valor envolvido ou indenizado  R$ | Expectativa de perda |
| Objeto da reclamação (detalhar o procedimento que ocasionou a reclamação, o dano alegado pelo reclamante, a conduta do profissional e demais informações relevantes) | | | | |
| Nº e foro do processo | | Status do processo (Ex. Em andamento | Aguardando perícia | Encerrado) | | |

