|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

***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 indenizadoR$       | 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 indenizadoR$       | 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 indenizadoR$       | 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)      |

