

Participação de Sinistro – Doença/Acidente

OCIDENTAL
grupo ageas

Apólice

Sucursal

Nº Conta D.O

Nº de identificação do processo (Companhia)

Nº de ILS / Empréstimo

- PPV - SEGURO PLANO PROTEÇÃO VENCIMENTO
 PPD - SEGURO PLANO PROTEÇÃO DESPESAS
 PPD - SEGURO PLANO PROTEÇÃO RENDIMENTO
 CP3 - SEGURO PLANO PROTEÇÃO CRÉDITO PESSOAL
 PCH - SEGURO PLANO PROTEÇÃO CRÉDITO HABITAÇÃO
 OUTRO SEGURO PLANO PROTEÇÃO _____

Atenção:

- . Enquanto a sua participação está a ser apreciada, os seus compromissos de pagamento deverão ser mantidos.
. O preenchimento completo desta participação e o envio dos documentos abaixo identificados são fundamentais para a rápida resolução deste processo.
. Em caso de dúvida relativa ao sinistro ou a este impresso é favor contactar-nos através do telefone 21 795 46 65.

Identificação do Segurado

1. Nome:

2. Morada:

Localidade:

Código Postal:

3. Data de Nascimento:

B.I.:

4. Nº Contribuinte:

Nº de Beneficiário da Segurança Social:

5. Profissão que exercia:

Elementos do Contrato de Financiamento (preencher caso se aplique à situação)

Data Início ____ / ____ / ____

Prazo:

Prestação Mensal:

Por extenso:

Montante financiado:

Por extenso:

Questionário

Já fez alguma participação de sinistro relativamente a este ou a outro contrato? Sim? / Não?

Se sim, detalhe:

Trabalhadores por Conta Própria

Natureza da Atividade _____

Morada _____

Localidade: _____ Código Postal: _____ - _____

Telefone: _____ Nº de Contribuinte: _____

Deverá juntar (obrigatoriamente)

- Documento comprovativo da atividade.
- Documento comprovativo dos descontos para a Segurança Social.

Informação da Entidade Patronal

Data de início do emprego: ____ / ____ / ____

Data de Incapacidade para o trabalho: ____ / ____ / ____

Data de retorno ao trabalho (se for o caso) ____ / ____ / ____

Função que o reclamante exerce:

O reclamante sofreu anteriormente desta doença enquanto ao seu serviço? Sim Não

Se sim, detalhe:

Representante da Entidade Patronal

Nome: _____

Cargo: _____ Telefone: _____ Fax: _____

CARIMBO OBRIGATÓRIO

--

(Data e Assinatura)**Informação do Médico Assistente - Preencher caso pretenda acionar as garantias Plano Proteção Pagamentos**

As questões a seguir expostas são essenciais para a resolução deste processo, são confidenciais e de uso reservado, só podendo ser prestadas com o devido consentimento da Pessoa Segura. Solicitamos o seu preenchimento com letra legível.

Nome da Pessoa Segura _____

1. Em caso de acidente descreva a situação clínica _____
 - 1.1 Data do Acidente ____/____/____
2. Em caso de doença-diagnóstico preciso _____
 - 2.1. Indique por favor: Manifestações _____
 Datas que ocorreram _____ Evolução _____
 - 2.2. O paciente foi enviado para um médico especialista? SIM NÃO
 Se sim, detalhe _____
3. É seu médico assistente? SIM NÃO Desde quando? ____/____/____

Historial clínico dos últimos 5 anos

Data	Diagnóstico	Duração

4. As condições atrás referidas são relacionadas com danos autoinfligidos, parto, gravidez ou aborto, consumo de álcool ou de drogas sem prescrição médica, guerra, comoções civis, doenças nervosas ou sintomas inexplicáveis?

SIM NÃO Se sim, detalhe _____

4.1. Quando estará o paciente apto para voltar para o trabalho?

5. Observações que o médico julgue conveniente fazer:

Nome do Médico (em maiúsculas): _____

Nº de cédula profissional: _____ Centro de Saúde de: _____

Telefone: _____

VINHETA

(Local e data)_____
(Assinatura)**Identificação/Descrição do Sinistro - Preencher caso pretenda acionar a garantia de Morte ou Invalidez Permanente**

Data do Sinistro: _____ Hora: _____ Local do Sinistro: _____

Danos ocorridos/sofridos: _____

Descrição sucinta do Sinistro:
