Participação de Sinistro - Doença/Acidente Apólice Sucursal OCIDENTAL 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 - Custo de chamada para a rede fixa nacional Atendimento personalizado disponível todos os dias úteis das 8h30 às 19h00 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 Inicio Prazo: Por extenso: Prestação Mensal: 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 retorno ao trabalho (se for o caso) / /

□ Não

Data de início do emprego:

Se sim. detalhe:

Função que o reclamante exerce:

Data de Incapacidade para o trabalho: __/_

Representante da Entidade Patronal				
Nome:				
Cargo:	Telefone:	_Fax:		
		CARIMBO OBRIGATÓRIO		
]	o, wanted obtained a		
(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				
Em caso de acidente descreva a situação clínica				
1.1 Data do Acidente/ /				
2. Em caso de doença-diagnóstico preciso				
Data do primeiro diagnóstico//_ 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? <u>/</u>			
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?				
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)	<u>' </u>	(Assinatura)		
Identificação/Descrição do Sinistro - Preencher Data do Sinistro:	Hora:	Local do Sinistro:		
Danos ocorridos/sofridos:	nuid.	Locat do Sillistro.		
panos ocorridos, sorridos.				
Descrição sucinta do Sinistro:				

Identificação de Testemunhas (caso as houver):			
Nº da participação à Polícia:	Data:		
Harris and Transit (and the later to the lat	and the state of the state of the Boundary		
Identificação do Terceiro (caso exista) - Preencher caso pretenda acior	ar a codertura de Morte ou invalidez Permanente		
Nome:			
Morada:			
Localidade:	Código Postal:		
Telefones para contato:			
Documentos a anexar a esta Participação (obrigatoriamente)			
Fotocópia do Boletim de Baixa ou da renovação – Relativo às garantias do Plano Proteção Pagamento Documento a enviar à Ocidental sempre que complete mais de 30 (trinta) dias de incapacidade. Fotocópia das faturas/recibos das despesas domiciliadas em conta referentes ao período de incapacidade - Relativo às garantias Plano Proteção Pagamento Documento a enviar mensalmente para reembolso à Ocidental (caso o Plano proteção Ordenado e do Plano proteção Despesas).			
Fotocópia da declaração de IRS - Relativo às garantias Plano Proteção Pagamento Documento a enviar no caso do seguro preciso Temporário ou Proteção Rendimento Mensal.			
Indemnização por morte – Relativo à garantia Morte ou Invalidez Permanente Certidão de Obito; Certidão de Habilitação de Herdeiros, sempre que não haja beneficiários designados. Sempre que haja menores, Certidão de cópia integral do assento de nascimento; Relatório de autópsia e resultado da análise toxicológica ao sangue e Auto de Ocorrência, caso a morte decorra de acidente de viação; Declaração da Empresa Transportadora em como a viatura estava em serviço de transporte público (sempre que o Sinistro se fique a dever a viatura pública).			
Indemnização por invalidez permanente - Relativo à garantia Morte ou Invalidez Permanente Relatório médico com as lesões sofridas e o grau de desvalorização da Invalidez Permanente atribuído com base na tabela de desvalorização de Acidentes Pessoais que faz parte das Condições Gerais/Especiais do Ramo Acidentes Pessoais; Auto da Ocorrência, sempre que o sinistro se fique a dever a acidente de viação.			
Declaração – A completar pelo reclamante (assinatura obrigatória)			
As informações atrás prestadas estão corretas. Autorizo qualquer Empregador, Ex- Empregador, Organismo oficial, Médico, hospital ou qualquer outra pessoa a prestar informações à Ageas Portugal - Companhia de Seguros, S.A, sobre este sinistro.			

(local e data)

OCIDENTAL grupo ageas Segurador: Ageas Portugal - Companhia de Seguros, S.A., sede Praça Príncipe Perfeito 2, 1990-278 Lisboa. Matrícula / Pessoa Coletiva 503454109. CRC Porto. Capital Social 7.500.000 Euros. Registo ASF 1129, www.asf.com.pt

(Assinatura)