

Participação de Sinistro – Doença/Acidente

OCIDENTAL
grupo ageas

Apólice	<input type="text"/>
Sucursal	<input type="text"/>
Nº Conta D.O	<input type="text"/>
Nº de identificação do processo (Companhia)	<input type="text"/>
Nº de ILS / Empréstimo	<input type="text"/>

Millennium
bcp

- 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 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)	
<ul style="list-style-type: none">• 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? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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 _____

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? ____ / ____ / ____

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:

Identificação de Testemunhas (caso as houver):

--

Nº da participação à Polícia:

Data:

Identificação do Terceiro (caso exista) - Preencher caso pretenda acionar a cobertura 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 Óbito;
- 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)

(Assinatura)

Mediador de Seguros: Banco Comercial Português, S.A., Sede: Praça D. João I, n.º 28, 4000-295 Porto - Capital Social 3.000.000.000,00 Euros- N.º único de matrícula e de Pessoa Coletiva 501525882. Agente de Seguros registado com o n.º 419527602, junto da Autoridade de Supervisão de Seguros e Fundos de Pensões - Data da Inscrição: 21/01/2019. Autorização para mediação de seguros dos Ramos Vida e Não Vida. Informações e outros detalhes do registo podem ser verificados em www.asf.com.pt. O Mediador não está autorizado a celebrar contratos de seguro em nome do Segurador nem a receber prémios de seguro para serem entregues ao Segurador. O Mediador não assume a cobertura dos riscos inerentes ao contrato do seguro, que são integralmente assumidos pelo Segurador.

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