

# ONEY LIFE (PCC) Ltd. & ONEY INSURANCE (PCC) Ltd.

## Participação de Sinistro Hospitalização

**Sinistro N°**

### Muito Importante

- 1. Enquanto a sua reclamação está a ser apreciada, os seus compromissos de pagamento deverão ser mantidos.
- 2. O preenchimento completo desta participação é fundamental para a rápida resolução deste processo.
- 3. Deverá enviar fotocópia dos Boletins de Baixa desde o início de sua incapacidade.
- 4. Em caso de dúvida relativa ao sinistro ou a este impresso é favor contactar-nos através do telefone 21 412 52 08

### IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA SEGURA

Nome	_____				
Morada	_____				
Localidade	_____	Código Postal	_____	Telefone	_____
Data Nascimento	_____	Profissão	_____	Contribuinte N°	_____
N° Beneficiário Segurança Social	_____	BI N°	_____		
Já fez alguma participação de sinistro relativamente a este ou outro contrato ?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				
Se sim, detalhe:	_____				
Declaração: As informações prestadas estão correctas. Autorizo qualquer hospital, médico, empregador, ex-empregador, departamento oficial ou qualquer outra pessoa a prestar informações à <b>Oney Life (PCC) Limited / Oney Insurance (PCC)Limited</b> , ou seus representantes sobre este sinistro.					
Assinatura	_____	Data	____/____/____		

### TRABALHADORES POR CONTA PRÓPRIA

Natureza da Actividade	_____				
Morada	_____				
Localidade	_____	Código Postal	_____	Telefone	_____
<b>DEVERÁ JUNTAR OBRIGATORIAMENTE:</b> - Documento Comprovativo da Declaração de Início de Actividade (emitido pelas Finanças) - Extracto das Remunerações Mensais Registadas na Segurança Social					

- Por favor remeta a sua documentação para CBP Solutions - Apartado 1388 - EC Arroios - 1011-001 LISBOA  
Caso necessite de algum esclarecimento contacte a nossa linha directa 21 412 52 08

## TRABALHADORES POR CONTA DE OUTREM

Data de início do emprego \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Data da incapacidade para o trabalho \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

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

Função que o reclamante exerce \_\_\_\_\_

O reclamante esteve nos últimos 12 meses em situação de incapacidade enquanto ao seu serviço?  Sim  Não

Se sim, detalhe \_\_\_\_\_

Representante da Entidade Patronal

Carimbo obrigatório

Nome \_\_\_\_\_

Função \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## INFORMAÇÃO DO MÉDICO ASSISTENTE

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 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 de primeiro diagnóstico \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

2.1 Indique por favor:

Manifestações: \_\_\_\_\_

Datas em que ocorreram: \_\_\_\_\_

Evolução: \_\_\_\_\_

2.2 O paciente foi enviado para médico especialista?  Sim  Não

Se sim detalhe \_\_\_\_\_

3. É seu médico assistente? \_\_\_\_\_

Desde quando: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

3.1 Historial Clínico últimos 5 anos

Data	Diagnóstico	Duração

4. As condições atrás referidas são relacionadas com danos auto-infligidos, 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 \_\_\_\_\_

5. Observações que o médico julgue conveniente fazer

Nome do Médico (maiúsculas) \_\_\_\_\_

Nº de Cédula Profissional \_\_\_\_\_

Data e Assinatura: \_\_\_\_\_

(Vinheta)

CENTRO DE SAÚDE DE \_\_\_\_\_

Telef. \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_