

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

Participação de Sinistro

Invalidez Absoluta e Definitiva

Sinistro N°

Muito Importante

- 1. Enquanto a sua reclamação está a ser apreciada, os compromissos de pagamento deverão ser mantidos.
- 2. O preenchimento completo desta participação é fundamental para a rápida análise do sinistro.
- 3. Fotocópia dos Relatórios Médicos que serviram de base à atribuição da Invalidez.
- 4. Fotocópia da Carta da Segurança Social a notificar a atribuição da Pensão por Invalidez.
- 5. Em caso de dúvida relativa ao sinistro ou a este impresso é favor contactar-nos através do telefone 21 412 52 08

DADOS A PREENCHER PELA PESSOA SEGURA OU PELO SEU REPRESENTANTE

Nome completo da Pessoa Segura	_____		
Data de Nascimento	_____	Contribuinte N°	_____
Nome do representante (se for o caso)	_____		
Relação com a Pessoa Segura	_____		
Morada	_____		
Localidade	_____	Código Postal	_____
Telefone	_____		
As informações prestadas estão correctas. Autorizo qualquer hospital, médico, ou qualquer outra pessoa a prestar informações à Oney Life (PCC) Limited/Oney Insurance (PCC) Limited, ou seus representantes, sobre este sinistro.			
Assinatura	_____	Data	___ / ___ / _____

- É obrigatório o preenchimento do questionário clínico apresentado no verso pelo médico da pessoa segura
- Por favor remeta a sua documentação para CBP Solutions - Apartado 1388 - EC Arroios - 1011-001 LISBOA

RELATÓRIO MÉDICO

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 DO SIGNATÁRIO DESTA PARTICIPAÇÃO.

SOLICITAMOS O PREENCHIMENTO COM LETRA LEGIVÉL

NOME DA PESSOA SEGURA:

Idade: _____anos

1. Data de Invalidez Absoluta e Definitiva: ____ / ____ / ____

A Invalidez é Definitiva? _____

2. Motivo da Invalidez Absoluta e Definitiva (Doença/Acidente): _____

3. Indique por favor:

Data do primeiro diagnóstico da doença que causou a Invalidez Absoluta e Definitiva: ____ / ____ / ____

4. Dados anteriores:

Doenças anteriores: _____

Datas em que foram diagnosticadas: _____

Evolução: _____

Tratamentos efectuados: _____

Data de início dos tratamentos: _ / ____ / ____

A doença que foi causa da Invalidez Absoluta e Definitiva está ligada a primitivas condições mórbidas? _____

Em caso afirmativo, refira o seu início e evolução _____

5. Quais as actividades diárias para as quais está incapacitado? Especifique: _____

6. Conhecia o doente anteriormente? _____

É seu médico assistente? _____

Desde quando? _____

7. Sabe se o doente foi ou está a ser tratado por outros médicos? _____

Quais os nomes? _____

Porquê? _____

OBSERVAÇÃO QUE O MÉDICO JULGUE CONVENIENTE FAZER

Eu, (nome em maiúsculas) _____

Especialidade: _____ N° de Cédula Profissional _____

Local para contacto: _____

Assinatura: _____

Data: ____ / ____ / ____

(vinheta)