

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

Participação de Sinistro Vida

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. Deverá enviar fotocópia do Assento de Óbito.
- 4. 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 PELO REPRESENTANTE DA PESSOA SEGURA

Nome completo da Pessoa Segura	_____
Data de Nascimento	_____ Contribuinte N° _____
Nome do representante	_____
Relação com o falecido	_____
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 na 2ª página pelo médico da pessoa segura
 - 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

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 LEGÍVEL

NOME DA PESSOA SEGURA: _____

Idade: ____ anos

1. Data da morte: _____ Local da morte: _____

2. Diagnóstico preciso da causa de morte: _____

3. Indique por favor:

Manifestações: _____

Data em que ocorreram: _____

Data de diagnóstico: _____

Evolução _____

Acidente terminal: _____

O mesmo foi apurado c/ base: Clínica Laboratorial/biòpsia Autòpsia Outro

Especifique: _____

A doença que foi causa da morte está ligada a primitivas condições mórbidas? _____

Em caso afirmativo, refira o seu início (data) e evolução _____

4. Conhecia o falecido anteriormente? _____ Era seu médico assistente? _____ Desde quando: _____

5. Sabe se o falecido foi tratado por outros médicos? _____

Data	Nome do Médico	Especialidade

OBSERVAÇÃO QUE O MÉDICO JULGUE CONVENIENTE FAZER

Eu, (nome em maiúsculas) _____

Especialidade: _____ Nº de Cédula Profissional _____

Mais declaro que o (a) Sr. (a) _____

não faleceu em resultado de suicídio, de excessos ou hábitos prejudiciais, nem tenho fundamento para suspeitar de que a morte foi devido a qualquer violência ou envenenamento.

Local para contacto: _____ Telef. _____

Assinatura: _____

Data: ____ / ____ / ____

(vinheta)