

Notificação de Participação



Referência de Notificação de Participação:

(somente para uso interno)

Seus dados Pessoais:

Nome:

Tipo de reclamação:

Data:

Morada:

Contacto Número:

Email :

Informação Importante:

1. Por favor complete o formulário de participação em anexo
2. Notas adicionais/ comentários por favor anexar no verso desta página
3. Por favor listar os documentos de apoio que será anexo neste formulário de participação: (Consulte o documento de reivindicações em evidência, fornecido quando você adquiriu sua apólice).

- a) _____
- b) _____
- c) _____
- d) _____
- e) _____
- f) _____

Notificação de Participação



4. Por favor envie o formulário de participação juntamente com os anexos para:

OSG
Merrion Hall
Strand Road
Sandymount
Dublin 4
Ireland

Informações da Apólice

Apólice Número:

Onde foi adquirida:

Tipo de Apólice:

Data da cobertura:

Cobertura adicional:

Condições Médicas:

Endossos:

Dados do Participante:

Nome completo:	Data de nascimento:	Ocupação:	Nacionalidade:	Local do nascimento:

Notificação de Participação



Dados do Bilhete:

Data da reserva:

Data da partida:

Data do regresso:

País:

Finalidade da viagem:

O que você está reclamando :

Total: €

Participação de Despesas Médicas Encurtamento



Por favor, marque

Doença

Acidente

1. Data e hora da doença / acidente: _____/_____/____ Hora ____:____

2. País onde ocorreu a doença / acidente: _____

3. Descrição complete / diagnóstico da doença ou acidente: _____

4. Histórico Médico Anterior

Sofria da condição médica que resultou nesta participação, ou de qualquer condição relacionada antes da aquisição do seguro ou da marcação das férias, ou antes de viajar?

Sim Não

Por favor peça ao seu médico que preencha o certificado médico anexo.

5. Hospital/ detalhes da clínica onde o tratamento foi realizado:

Nome: _____

Morada: _____

Número telefone : (se conhecido) _____

Nome do médico que o assistiu: (se conhecido) _____

Participação de Despesas Médicas Encurtamento



6. Se foi internado, por favor preencha o seguinte:

Data de admissão: _____ / _____ / _____

Data da alta: _____ / _____ / _____

Você contactou a Empresa de Assistência Médica, conforme indicado na sua apólice:

Sim Não

Se a resposta for **NÃO**, por favor forneça uma explicação por escrito por não ter contactado a empresa de assistência médica:

Se **SIM**, por favor confirme a data da primeira chamada que fez: _____ / _____ / _____

Pessoa com quem falou e número de referência:

Levou consigo o seu EHIC/CESD: Sim Não

Foi apresentado ao médico/hospital: Sim Não

Tem algum seguro médico privado? Sim Não

Se **SIM**, por favor confirme a seguradora, número de apólice e morada da companhia:

Participação de Despesas Médicas Encurtamento



Por favor liste todas as despesas médicas reclamadas:

Por favor, liste as despesas médicas reclamadas e os tratamentos recebidos	Moeda em que foi pago e valor	Recibo anexado	Diga a quem deverá ser feito o pagamento
		Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>	
		Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>	
		Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>	
		Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>	
		Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>	
		Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>	
		Sim <input type="radio"/> Não <input type="radio"/>	

Encurtamento- Por favor, preencha esta secção APENAS se tiver regressado à sua morada mais cedo do que previsto:

Razão do encurtamento:

Doença Acidente Doença/ Acidente ou morte familiar Outras

Razão do encurtamento:

Participação de Despesas Médicas Encurtamento



Possui algum tipo de conta bancária/ cartão de crédito que lhe proporcione seguro de viagem complementar e que cobre as circunstâncias da sua participação?

Participação de Despesas Médicas Encurtamento



Se **SIM**, por favor confirme o seguinte:

Número do cartão de crédito:

Banco emissor :

Tipo de Cartão (Gold, Platinum, Standard :

Foi apresentada a participação de terceiros?

Sim Não

Se **SIM**, por favor especifique:

Existe alguma outra apólice relevante que possa cobrir as circunstâncias relativas à sua

participação? Outras apólices, Barclaycard, Amex Sim Não Se **SIM**, por favor especifique:

Se a participação se refere a acidente físico, por favor confirme o seguinte:

1. Resuma das circunstâncias que deram origem ao acidente

2. Se houve Terceiros envolvidos, nomes e endereços dos Terceiros e seus dados de seguro, se conhecidos.

Participação de Despesas Médicas Encurtamento



3. No caso de estar a apresentar queixa por danos contra Terceiros, por favor indique o nome e endereço de qualquer advogado que possa ter sido nomeado e número de referência.

4. Se não houve Terceiros envolvidos, por favor especifique quem ou o que falhou e porquê.

Se o pedido for aprovado, por favor fornecer seus dados bancários para o pagamento abaixo:

Confirmar nome do beneficiário:

Nome do Banco:

Endereço do Banco:

Código do Banco:

Banco IBAN:

Número da conta:

Balcão:

Titular da conta:

Tipo de conta (Corrente, Gold, Platinum etc):

Participação de Despesas Médicas Encurtamento



DECLARAÇÃO

IMPORTANTE- A ausência de assinatura resultará na devolução da sua participação.

Afirmamos que as declarações acima são verdadeiras e correctas, tanto quanto sabemos e acreditamos. Não foi retida nenhuma informação que seja do nosso conhecimento em relação a esta participação. Concordamos fornecer ao segurador quaisquer informações adicionais que possam ser razoavelmente requeridas. Compreendemos que o segurador não está a admitir responsabilidades ao emitir este formulário.

AVISO – a criação de uma participação fraudulenta ou conscientemente exagerada é um procedimento criminal. Investigaremos todos os casos e qualquer pessoa suspeita de fraude será denunciada às autoridades com quem sempre colaboramos.

LEI DE PROTECÇÃO DE DADOS (DATA PROTECTION ACT)

A indústria seguradora opera uma série de iniciativas anti-fraude. A informação prestada neste formulário poderá ser armazenada electronicamente e poderá ser partilhada com outras organizações para essa finalidade. Compreendemos que o segurador poderá pedir informações a outros organismos para verificar as respostas que fornecemos.

IMPORTANTE

Na eventualidade de Terceiros poderem ser responsabilizados, todos os direitos nesta matéria são subrogados para os emitentes do seguro de viagem ou seus agentes em todas as resoluções desta participação.

Assinatura:

Data:

___/___/___

Certificado Médico



Tem que ser preenchido pelo médico.

Por favor use LETRAS MAIÚSCULAS.

Para ser obtidas as despesas dos pacientes de clínica geral em todos os casos de Antecipação/ Encurtamento ou Cancelamento de encargos resultantes de ferimento, doença ou morte.

Importante: O Atendimento médico tem que ser informado respeitosamente no máximo de detalhes possíveis, a fim de ajudar os nossos clientes a evitar a necessidade de investigações adicionais.

1. Nome do Paciente: _____

Data de Nascimento: _____ / _____ / _____

2. Você é o habitual médico do paciente? Sim Não

Se **SIM**, por quanto tempo? _____

Se **NÃO**, Por favor fornecer os dados completos do habitual médico:

3a. Por favor informar o diagnóstico preciso da doença, lesão ou causa da morte:

b. Em que data o paciente teve sua primeira consulta com os sintomas desta condição? _____ / _____ / _____

4. Data de início da doença ou lesão: _____ / _____ / _____

5. Data testes prescritos: _____ / _____ / _____

6. Data testes realizados: _____ / _____ / _____

7. Data que a condição foi diagnosticada: _____ / _____ / _____

8. Data que foi referida para o especialista: _____ / _____ / _____

9. Nome e endereço do especialista/cirurgião: _____

Certificado Médico



Código Postal:

10. O paciente recebeu um prognóstico terminal?

Sim Não

Se **SIM**, por favor indicar data e prognóstico:

___ / ___ / ___

11. Você já teve previamente tratado ou aconselhado este paciente relativamente com a mesma/ doença /lesão ou similar relacionadas, conforme descrito no artigo 3 questão a?

Sim Não

Se **SIM**

a. Estado do diagnóstico da doença anterior / lesão

b. Informar a data da ocorrência da prévia doença / lesão e qual o tratamento recomendado / e medicação receitada.

c. O paciente está a receber qualquer aconselhamento médico, tratamento ou medicamento para esta doença ou qualquer similar/ relacionada com esta condição?

Sim Não

Se **SIM**, por favor fornecer detalhes:

Certificado Médico



d. Por favor, liste todas as condições médicas ativos, data do diagnóstico e os detalhes da medicação, se for o caso:

12. Algum outro médico praticante tem tratado este paciente para o mesma / doença / lesão ou similares relacionadas, conforme descrito na pergunta 3a ?

Sim Não

Se **SIM**, por favor fornecer nome e endereço do médico:

Código Postal

13. O paciente recebeu algum tipo de tratamento desta condição nos últimos 12 meses?

Sim Não

Se **SIM**, por favor fornecer detalhes do tratamento e quando foi:

___ / ___ / ___

14. Somente Gestantes

a. Data última menstruação: ___ / ___ / ___

b. Data que a gravidez foi confirmada: ___ / ___ / ___

c. Estimativa da data do parto: ___ / ___ / ___

d. Condição médica exata durante a gravidez

15. O requerente foi obrigado a cancelar os planos de viagem exclusivamente devido à condição descrita na 3a pergunta?

Sim Não

Certificado Médico



16. Data em que foi recomendado para o paciente cancelar os seus planos de viagem

___/___/___

17. Se as datas das respostas 7 e 16 diferem, por favor, fornecer explicações:

18. O paciente pretendeu viajar contra o seu conselho antes? Sim Não Se SIM, por favor fornecer detalhes:

Certifico que as declarações contidas neste Atestado Médico são verdadeiras e correctas.

Assinatura do Médico:

Data:

___/___/___

Nome do Médico:

Qualificação:

Endereço Postal:

Código Postal

Certificado Médico



Telefone Comercial número:

Fax número:

Telefone Celular número:

Endereço do Email:

Carimbo do Médico: