

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 Responsabilidade Civil



1. Data e hora do acidente:

2. Local / morada onde o acidente ocorreu:

3. Assumi a responsabilidade?

Sim Não

Se **SIM**, por favor explique porquê

5. Por favor, esclareço as circunstâncias relativas à participação:

Participação de Responsabilidade Civil



6. Por favor liste as despesas reclamadas:

Por favor liste as despesas reclamadas e o tratamento recebido:

Moeda em que pagou e valor pago: _____

Recibo anexado?

Sim Não

Indique a quem deve ser efectuado o pagamento : _____

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

Sim Não

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: _____

Participação de Responsabilidade Civil



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

1. Resume das circunstâncias que deram origem ao acidente

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

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.

Participação de Responsabilidade Civil



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):

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.

IMPORTANT

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:

___/___/___