

**INCAPACIDADE TEMPORÁRIA ABSOLUTA  
HOSPITALIZAÇÃO  
PARTICIPAÇÃO DE SINISTRO ACIDENTE / DOENÇA**

1. Enquanto a sua participação 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 da baixa inicial e das renovações da sua baixa sempre que complete mais 30 dias de incapacidade.
4. Em caso de dúvida relativa ao sinistro ou a este impresso é favor contactar-nos através do telefone 21 381 26 55, se se tratar de uma apólice Plano Protecção Emprego, ou pelo telefone 21 780 04 21 para as restantes modalidades de seguro. Atendimento personalizado: dias úteis das 9h às 17h.

Sinistro Nº \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA SEGURA**

Nome: \_\_\_\_\_ Nº Apólice: \_\_\_\_\_

Nº B.I. \_\_\_\_\_ Nº Contribuinte \_\_\_\_\_

D. Nascimento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_

Morada: \_\_\_\_\_

Localidade: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Nº Beneficiário Segurança Social: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

Já fez alguma participação de sinistro relativamente a esta cobertura no Segurador?

Sim  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 ao Segurador ou seus representantes sobre este sinistro.

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

**ELEMENTOS SOBRE O CONTRATO (caso exista, a preencher pelo Balcão)**

Nº de Empréstimo \_\_\_\_\_ Data de início \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Prazo \_\_\_\_\_

**TRABALHADORES POR CONTA PRÓPRIA**

Natureza da Actividade \_\_\_\_\_

Morada \_\_\_\_\_

Localidade \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_ Telefone \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_

**DEVERÁ JUNTAR OBRIGATORIAMENTE UM DOS SEGUINTE DOCUMENTOS:**

Documento comprovativo da actividade (fotocópia do último IRS, Declaração do início da actividade)

Documento comprovativo dos descontos para a Segurança Social (Documento passado pela Segurança Social)

Documento comprovativo dos montantes previamente acordados e depositados no Banco Santander Totta nos 6 meses anteriores à data do sinistro (apenas para Plano Protecção Ordenado)

Declaração da Segurança Social com Extracto de Remunerações Registadas nos 12 meses anteriores à data do sinistro

**DEVERÁ JUNTAR OS SEGUINTE DOCUMENTOS:**

Cópia do Cartão de Contribuinte

Cópia do Auto Policial / Auto de Notícia em caso de Acidente

Cópias do Relatório Hospitalar e da Alta Hospitalar

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 \_\_\_\_\_

**INCAPACIDADE TEMPORÁRIA ABSOLUTA  
HOSPITALIZAÇÃO  
PARTICIPAÇÃO DE SINISTRO ACIDENTE / DOENÇA**

**INFORMAÇÃO DA ENTIDADE PATRONAL**

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 sofreu anteriormente desta doença/acidente enquanto ao seu serviço? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
Se sim, detalhe _____	
Representante da Entidade Patronal	Carimbo - obrigatório
Nome _____	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div>
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 – Doença exacta motivo desta ocorrência: _____		
_____ Data dos primeiros sintomas ____ / ____ / ____ Data de primeiro diagnóstico ____ / ____ / ____		
2.1. Indique por favor: Sintomas iniciais: _____		
Datas em que ocorreram: _____		
Evolução até à data: _____		
2.2. O paciente foi enviado para médico especialista? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
Se sim, detalhe _____		
3. É seu médico assistente? _____ Desde Quando: ____ / ____ / ____		
3.1. Historial clínico (doenças directa ou indirectamente relacionadas com a doença acima declarada)		
Data do Diagnóstico	Diagnóstico	Data primeiros sintomas
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 <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>		
Se sim, detalhe _____		
5. Observações que o médico julgue conveniente fazer (outros médicos com conhecimento da situação clínica, etc):		
Nome do Médico (maiúsculas): _____		<div style="border: 1px dashed black; width: 100%; height: 100%; text-align: center; padding: 10px;">(vinheta)</div>
Nº de Cédula Profissional: _____		
CENTRO DE SAÚDE DE _____		
Telef. _____		
Assinatura: _____		Data ____ / ____ / ____