

**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 Não
Se sim, detalhe _____

Representante da Entidade Patronal Carimbo - obrigatório

Nome _____
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 Não
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 Não
Se sim, detalhe _____

5. Observações que o médico julgue conveniente fazer (outros médicos com conhecimento da situação clínica, etc):

Nome do Médico (maiúsculas): _____
Nº de Cédula Profissional: _____

(vinheta)

CENTRO DE SAÚDE DE _____
Telef. _____

Assinatura: _____
Data ____ / ____ / ____