



**BNP PARIBAS
CARDIF**

PARTICIPAÇÃO DE SINISTRO – FERIDAS GRAVES

Leia atentamente o presente documento e preencha devidamente a Participação de Sinistro, nomeadamente os campos “Dados da Pessoa Segura”, “Dados da Apólice”, “Dados do Acidente” e “Declaração de Autorização”. Após obter os documentos solicitados, agradecemos o reenvio de toda a documentação. O **incumprimento das instruções** levará a que o **processo seja considerado incompleto** o que implicará o **atraso da tomada de decisão**.

DADOS DA PESSOA SEGURA

Nome: _____ Nif: _____

Morada: _____ Localidade: _____

Código Postal: _____ Profissão: _____

Telefone (s): _____ Data de nascimento: _____

DOCUMENTOS A ANEXAR À PARTICIPAÇÃO

1. **RELATÓRIO MÉDICO** em anexo, que deverá ser **totalmente preenchido** pelo Médico de Família ou Médico Assistente da Pessoa Segura **(NOTA: Qualquer ausência de informação ou incorrecto preenchimento implicará um atraso na regularização do sinistro)**;
2. Cópia do **RELATÓRIO HOSPITALAR**, com a descrição detalhada das feridas graves;
3. Cópia do **AUTO POLICIAL** da ocorrência ou outra prova do acidente;
4. Cópia da **APÓLICE**, do **BILHETE DE IDENTIDADE** e do **CARTÃO DE CONTRIBUÍNTE** da Pessoa Segura.

DADOS DA APÓLICE

N.º Apólice: _____ Produto: _____ Data da Adesão: _____

DADOS DO ACIDENTE

Data e local do acidente: _____ Natureza do acidente: _____

Circunstâncias em que o acidente ocorreu: _____

DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO

Eu (Quem preenche), _____, (relação com a Pessoa Segura – ex. Pai, Mãe, Filho, etc.) _____ de (Nome Pessoa Segura) _____

autorizo qualquer Pessoa ou Entidade a prestar informações à Companhia de Seguros relativas a este Sinistro, que a mesma considere pertinentes para a resolução do processo.

Assinatura: _____ Data: ____ / ____ / ____

ATENÇÃO: Para uma rápida análise do processo, é necessário que **todos** os documentos estejam na posse da Companhia de Seguros e **correctamente** preenchidos. Agradecemos o envio dos documentos sem ser agrafados para protecção do ambiente.

QUESTIONÁRIO MÉDICO

Instruções 1) Este Relatório Médico deverá ser preenchido pelo Médico Assistente ou Médico de Família, utilizando letra bem legível e contendo o respectivo Selo Médico. Este relatório pode ser substituído por documento manuscrito, no entanto as questões obrigatórias devem por favor ser respondidas.

2) As respostas às questões abaixo colocadas são confidenciais e de uso reservado ao Médico da Cardif, sendo fundamentais para a resolução do processo. Caso não sejam respondidas, este Relatório Médico será considerado incompleto, e como consequência o Processo também.

3) Estas questões são de preenchimento obrigatório

4) Este Relatório NÃO deverá ser preenchido pela pessoa segura

Nome da Pessoa Segura: _____ Data da Ocorrência: ____/____/____

Data do acidente: ____/____/____ Qual o tipo de acidente sofrido (ex. viação, trabalho, doméstico ou outros):

Descrição detalhada das lesões resultantes do acidente:

As condições em que se verificaram as afecções referidas são devidas a danos auto-infligidos, parto, gravidez, aborto, consumo de álcool ou de drogas sem prescrição médica, guerras, tumultos, prática de desportos perigosos ou doenças nervosas?

Sim Não

Se sim, detalhe _____

Se tiver conhecimento da existência de outro Médico que possa prestar esclarecimentos adicionais relativamente a esta situação, por favor indique o seu nome e contacto clínico: _____

Observações que julgue conveniente fazer para a avaliação deste processo: _____

IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO

Desde que data é Médico assistente da Pessoa Segura: ____/____/____

Nome: _____ Nº Cédula Profissional: _____

Morada Profissional: _____ Localidade: _____

Código Postal: |_|_|_|_| - |_|_|_|_| Telefone Profissional: _____

Data e assinatura: ____/____/____, _____

**SELO
MÉDICO**