



PARTICIPAÇÃO DE SINISTRO - HOSPITALIZAÇÃO

Por favor, siga rigorosamente as seguintes instruções:

1. Preencha os campos DADOS DA PESSOA SEGURA, DADOS DO CRÉDITO e DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO, utilizando letra bem legível.
2. Preencha os campos DADOS DA PESSOA SEGURA, DADOS DO CRÉDITO e DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO, utilizando letra bem legível.
3. Dirija-se ao Médico Assistente ou ao Médico de Família da Pessoa Segura, solicitando-lhe que proceda ao **total preenchimento** do **RELATÓRIO MÉDICO** anexo a esta Participação de Sinistro.
4. Obtenha os seguintes Documentos:
 - a) Cópia da **DECLARAÇÃO DE HOSPITALIZAÇÃO**.
 - b) Cópia da **FOLHA GUIA DE PAGAMENTO À SEGURANÇA SOCIAL** com data imediatamente anterior à data de início da Hospitalização.
 - c) Cópia do **AUTO POLICIAL / AUTO DE NOTÍCIA** da ocorrência (apenas nos casos em que a Hospitalização tenha ocorrido por motivo de Acidente).
 - d) Cópias do **RELATÓRIO HOSPITALAR** e da **ALTA HOSPITALAR**.
 - e) Cópia do **CARTÃO DE CIDADÃO** da Pessoa Segura.

Após ter cumprido todas as instruções anteriores, proceda à devolução desta Participação, do Questionário Médico e de todos os Documentos solicitados para a Cardif. Por favor, apenas proceda ao envio da Participação de Sinistro após ter obtido todos os Documentos solicitados, evitando dispersão de informações. Enquanto a Participação de Sinistro estiver a ser analisada pela Seguradora, deverá manter os pagamentos, que, caso venham a ser responsabilidade da Seguradora, lhe serão devolvidos. Agradecemos o envio dos documentos sem ser agrafados para protecção do ambiente.

DADOS OBRIGATÓRIOS

O não preenchimento destes campos invalida por parte da CARDIF toda e qualquer análise do Sinistro.

Nome:	<input type="text"/>	NIF:	<input type="text"/>
Morada:	<input type="text"/>	Localidade:	<input type="text"/>
Código Postal:	<input type="text"/>	Profissão:	<input type="text"/>
Telefone(s):	<input type="text"/>	Data de nascimento:	<input type="text"/>
N.º Contrato:	<input type="text"/>		
	Produto:	Data de Adesão:	<input type="text"/>
Capital:	<input type="text"/>		
	Prazo:		<input type="text"/>

DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO

Autorizo, por este meio, qualquer pessoa ou entidade a prestar declarações à Seguradora relativas a este Sinistro.

(Caso o próprio não possa assinar os campos abaixo deverão ser preenchidos por um familiar)

Nome: Parentesco:

Assinatura: _____ Data: ____ / ____ / ____.

RELATÓRIO MÉDICO

Instruções 1) Este Relatório Médico deverá ser preenchido pelo Médico de Família ou Médico Assistente, 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 Acidente? Doença?

Nome da Pessoa Segura: (3) _____ Data da Ocorrência: (3) ____/____/____

PREENCHER SÓ EM CASO DE ACIDENTE

Qual o tipo de acidente sofrido:(3) _____

Quais as lesões resultantes do acidente:(3) _____

PREENCHER SÓ EM CASO DE DOENÇA

Qual a doença exacta que motivou esta ocorrência: (3) _____

Data dos 1ºs sintomas da doença:(3) ____/____/____

Quais os Sintomas Iniciais: _____

Qual a evolução da doença até à presente data: _____

Do processo clínico ou historial clínico consta a existência de doenças que estejam directa ou indirectamente relacionadas com esta doença:(3)

Sim - **Preencher obrigatoriamente os campos em baixo** Não Desconheço

1) _____ Data 1ºs sintomas: ____/____/____

2) _____ Data 1ºs sintomas: ____/____/____

3) _____ Data 1ºs sintomas: ____/____/____

4) _____ Data 1ºs sintomas: ____/____/____

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, doenças nervosas ou sintomas inexplicáveis?(3) 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: _____

Identificação do Médico

Desde que data é Médico assistente da Pessoa Segura: (3) ____/____/____

Nome:(3) _____ Nº Cédula Profissional:(3) _____

Morada Profissional: (3) _____ Localidade: _____

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

Data e assinatura: (3) ____/____/____, _____

(3)
SELO
MÉDICO