

## Seguro de Acidentes Pessoais e Doença Participação de Sinistro

Apólice No.

Segurado:

Morada:

Telefone:

Data de Nascimento:

Morada Emprego:

Telefone Emprego:

Já tinha sofrido anteriormente do mesmo tipo de sintomas?

Sim

Não

Se "Sim" quando?

Data dos primeiros sintomas:

Descrição dos Sintomas:

Descrição da Ocorrência:

Data do Sinistro:

Testemunhas – Identidade e Endereço:

Data da primeira consulta médica:

Em Hospital ou Clínica?

Em Médico?

Identificação do Estabelecimento Hospitalar

Identificação e endereço do Médico

Telefone

Identificação e endereço do Médico Assistente/  
de Família (se diferente do anterior)

## Seguro de Acidentes Pessoais e Doença Participação de Sinistro

Em caso de Hospitalização qual o período em que ficou no Hospital?

a

Profissão:  Empresa:  Tel:

Descrição das funções exercidas

Em virtude do Acidente/Doença ficou TOTALMENTE  PARCIALMENTE   
incapaz de exercer as suas funções profissionais.

Se respondeu “Parcialmente”, quais as funções que continuou a executar?

Apólice e Seguradora em Acidentes de Trabalho

Identificação de outros Seguros que deem cobertura às mesmas Despesas

Autorização para a obtenção de Informações Clínicas

Com a assinatura do presente documento a Pessoa Segura declara o seu consentimento incondicional para que a StarStone Insurance SE ou seus representantes devidamente credenciados, mantendo a confidencialidade exigível, recolham qualquer tipo de informação que entendam necessária para o enquadramento do sinistro no âmbito das Condições Gerais e Especiais da Apólice contratada.

Com a assinatura do presente documento a Pessoa Segura autoriza qualquer Clínico e/ou Estabelecimento Hospitalar a prestar quaisquer informações clínicas confidenciais relacionadas com a sua situação física ou mental, à StarStone Insurance SE ou seus representantes devidamente credenciados.

CC/Bilhete de Identidade:

\_\_\_\_\_  
Assinatura da Pessoa Segura

Data: \_\_\_\_\_

Com a assinatura deste documento declaro a veracidade de todas as informações prestadas aceitando que falsas declarações impliquem a anulação do processo sem qualquer tipo de Reembolso.

\_\_\_\_\_  
Carimbo do Clube/Associação