

Participação de sinistro em viagem

Ref.^a
Participação :

Responda a todas as questões do presente formulário de participação de sinistros. O não preenchimento dos campos, a utilização de símbolos, travessões e referências de não aplicabilidade (NA) poderá implicar a devolução dos formulários de participação ou de pedidos de informação, de outro modo desnecessários, atrasando assim o processamento da sua participação.

ATENÇÃO : TODOS OS PEDIDOS DE INDEMNIZAÇÃO DEVERÃO SER ACOMPANHADOS POR UM NIB - NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO BANCÁRIA (COM INDICAÇÃO DO IBAN) DADO TODOS OS REEMBOLSOS SEREM EFECTUADOS POR TRANSFERÊNCIA BANCÁRIA INTERNACIONAL.

Dados pessoais - Preenchimento obrigatório para todas as participações de sinistros

Dados do requerente	Sr./Sra.		Morada de casa		
	Apelido				
	Nomes próprios		Código postal		
	Data de nascimento				
	Número de beneficiário da Segurança Social		Tel. de casa	Tel. do trabalho	
	Nacionalidade		IBAN		
	Endereço de correio		SWIFT (BIC)		
			Detentor de conta bancária		

Dados da apólice e da viagem		Tipo e volume da participação	
Número da apólice		Comp participação	€ Montante pedido
Data de emissão		Despesas médicas no estrangeiro	
Data de partida		Despesas hospitalares	
Data de regresso		Subsídio de internamento hospitalar	
Nº de pessoas		Cancelamento	
Destino(s)		Atraso da bagagem	
Nota importante: Algumas das comp participações assinaladas podem não estar disponíveis na apólice subscrita.		Extravio/deterioração/roubo da bagagem	
		Despesas legais	

A participação fraudulenta de sinistros constitui crime punível nos termos da lei. Se a sua participação for considerada fraudulenta, será indeferida e as autoridades informadas.

1. Declaro/Declaramos que todas as informações, respostas e documentos apresentados relativamente à presente participação são fidedignos e correspondem à verdade de acordo com o meu/nosso conhecimento e crença. Eu/Nós declaro/declaramos não ter omitido qualquer informação material que possa influenciar a avaliação do técnico de seguros relativamente à participação. Sendo a participação apresentada em nome de terceiros, confirmo que possuo plena autorização para agir em seu nome. Compreendo também que nem a AXA Assistance Claims Centre Services nem o técnico de seguros se responsabilizarão por reembolsos que não sejam liquidados às pessoas envolvidas na mesma proporção.

2. Eu/Nós aceito/aceitamos que a informação constante do presente formulário seja transmitida ou utilizada pelos serviços da AXA Assistance Claims Centre Services no âmbito do meu/nosso contrato de seguro, o que inclui subscrição, processamento, tratamento de participações e prevenção de fraudes, podendo também incluir a transmissão de dados a agentes ou outras Seguradoras.

3. Eu/Nós autorizo/autorizamos a AXA Assistance Claims Centre Services a contactar as Seguradoras onde detenho seguros de habitação, de saúde ou outros seguros de viagem no sentido de obter informações.

Declaro que li e compreendi as declarações acima indicadas (a assinar por TODOS os requerentes)

Nome do requerente	Assinatura do requerente	Data de nascimento	Data

Cancelamento - página 1

7. Outros seguros

a. As despesas participadas são cobertas por qualquer outra apólice, como, por exemplo, Seguro anual do Cartão de Crédito?

N.B.: Uma participação nas despesas é prática habitual quando 2 apólices cobrem o mesmo dano.

SIM

NÃO

b. Se respondeu sim, queira fornecer os seguintes dados:

Nome da empresa	
Morada da empresa	
Nº. da apólice	

8. Participações anteriores

a. Já submeteu anteriormente alguma participação de sinistro em viagem?

SIM

NÃO

b. Se respondeu sim, queira fornecer os

9. Condições de saúde

Na data em que planeou a sua viagem, você, algum parente próximo, membro do seu grupo ou pessoa de que a sua viagem dependia:

A. tinha conhecimento de qualquer/qualquer condição/condições de saúde ou conjunto de circunstâncias que pudessem de alguma forma dar origem a uma participação?

SIM

NÃO

B. você, algum parente próximo ou alguma pessoa de qual os seus planos de viagem dependiam (incluindo pessoas externas à família) tinha:

i) uma condição médica latente (ou qualquer complicação médica directamente atribuível àquela condição) que tenha sido acompanhada por um médico qualificado no decurso dos últimos 12 meses?

SIM

NÃO

ii) uma condição médica de relativa gravidade em resultado da qual lhe foram receitados medicamentos de prescrição médica ou tratamentos por um médico qualificado durante os 90 dias imediatamente anteriores ao período de seguro?

SIM

NÃO

iii) sido hospitalizada no decurso dos últimos 12 meses ou encontrava-se numa lista de espera para uma cirurgia, consulta ou exame?

SIM

NÃO

iv) a possibilidades de vir a dar à luz antes ou durante o período de 8 semanas até à data de regresso a casa?

SIM

NÃO

v) viajado contrariando os conselhos de um médico ou viajado com o objectivo de obter tratamento médico?

SIM

NÃO

vi) recebido o diagnóstico de fase terminal?

SIM

NÃO

O seu médico emitiu-lhe uma declaração relativa a qualquer uma das situações acima descritas? Se respondeu sim, queira enviar uma cópia da declaração.

SIM

NÃO

Se respondeu sim a qualquer uma das questões acima, queira fornecer mais pormenores sobre a condição ou circunstância:

Certificado médico

O presente certificado deve ser preenchido pelo Médico Assistente Qualificado da pessoa cuja doença/lesão corporal é motivo de participação.

Tenha em atenção!

- Qualquer custo incorrido pelo preenchimento deste Certificado Médico é da responsabilidade do Segurado e não é reembolsável no âmbito da Apólice de Seguro.
- Responda a todas as questões. Símbolos, travessões, referências de não aplicabilidade (NA), etc. não serão aceites.
- A presente informação será tratada como pessoal e confidencial.
- Um certificado que não contenha as informações especificamente solicitadas não satisfaz o seu propósito.

1. Nome completo das pessoas cuja condição médica deu origem à participação:

2. Data de nascimento

3. Confirma ser o médico assistente da pessoa indicada no ponto 1?

 SIM NO

(a) Em caso afirmativo, há quanto tempo?

(b) Em caso negativo, por que razão se encontra envolvido neste processo?

4. Indique a natureza precisa da: condição médica/doença/lesão corporal/causa da morte que deu origem à participação.

No caso de lesão corporal ou de morte provocada por lesão corporal, indique qual a causa responsável pelo acontecido.

5. O paciente já sofreu da mesma condição médica ou similar no passado?

 SIM NO

6. (a) Indique a data exacta do aparecimento dos primeiros sintomas da situação

(b) Data da primeira consulta.

(c) Data em que ocorreu um agravamento sério do estado do doente, se aplicável.

Queira fornecer pormenores sobre todas as condições médicas, incluindo as que são consideradas preexistentes ou latentes em que tenham sido efectuados exames ou tratamentos, receitados medicamentos, feitas recomendações a especialistas ou hospitais ou tenha sido necessário internamento hospitalar no decurso dos últimos 24 meses. Informe

7. A pessoa esteve de baixa por doença? Em caso afirmativo, durante quanto tempo?

 SIM NO

8. A pessoa indicada no ponto 1 que recebeu um diagnóstico de fase terminal?

 SIM NO

Em caso afirmativo, em que data foi dado o diagnóstico de fase terminal:

(a) à pessoa indicada no ponto 1

(b) ao requerente, no caso de não se tratar da mesma pessoa.

9. Se o motivo da participação for gravidez, queira fornecer as seguintes informações:

(a) Data de confirmação da gravidez

(b) Último período menstrual

(c) Data estimada da concepção

10. (a) Em caso de viagem, a pessoa indicada no ponto 1 consultou-o previamente se seria aconselhável ir de férias ou viajar? Em caso afirmativo, em que data?

 SIM NO

(b) Em caso de viagem, é da opinião que, na data de partida, a pessoa indicada no ponto 1 se encontrava em condições de viajar?

 SIM NO

11. Confirma que os requerentes foram forçados a cancelar os seus preparativos de viagem, exclusivamente devido à condição descrita no ponto 4?

 SIM NO

A preencher pelo Médico Assistente Qualificado

Examinei a pessoa indicada no ponto 1 e/ou baseei-me nos seus registos médicos e declaro que as informações prestadas correspondem à verdade e que nenhum pormenor relevante para o caso foi omitido.

Nome (preencher em letra de imprensa)

Qualificações

Morada

Carimbo da unidade médica

Assinatura

Fecha

8a. Subscreve algum seguro de saúde privado (como, por exemplo, BUPA, PPP), seguro de acidentes pessoais ou outro seguro de viagem (seguros incluídos no seu cartão de crédito)?

SIM

NÃO

8b. Em caso afirmativo, indique os dados abaixo e anexe uma cópia das condições da apólice

N.º da apólice:

Morada da Seguradora

Data de renovação

Seguradora

9. Requisitou um formulário E111 (ou mais que um) junto dos Serviços de Saúde para a sua viagem?

SIM

NÃO

Apresentou alguma participação ao abrigo do formulário E111? e foi reembolsado?

SIM

NÃO

Em caso afirmativo, qual foi o montante do reembolso? (Queira anexar comprovativos.)

--

10. Participações anteriores

a. Já apresentou anteriormente alguma participação de despesas médicas incorridas no estrangeiro?

SIM

NÃO

Se respondeu sim, indique os pormenores em baixo:

11. Condições de saúde

Na data em que planeou a sua viagem, você, algum parente próximo, membro do seu grupo ou pessoa de que a sua viagem dependia:

A. tinha conhecimento de qualquer/quaisquer condição/condições de saúde ou conjunto de circunstâncias que pudessem de alguma forma dar origem a uma participação?

SIM

NÃO

B. você, algum parente próximo ou alguma pessoa de qual os seus planos de viagem dependiam (incluindo pessoas externas à família) tinha:

i) uma condição médica latente (ou qualquer complicação médica directamente atribuível àquela condição) que tenha sido acompanhada por um médico qualificado no decurso dos últimos 12 meses?

SIM

NÃO

ii) uma condição médica de relativa gravidade em resultado da qual lhe foram receitados medicamentos de prescrição médica ou tratamentos por um médico qualificado durante os 90 dias imediatamente anteriores ao período de seguro?

SIM

NÃO

iii) sido hospitalizada no decurso dos últimos 12 meses ou encontrava-se numa lista de espera para uma cirurgia, consulta ou exame?

SIM

NÃO

iv) possibilidades de vir a dar à luz antes ou durante o período de 8 semanas até à data de regresso a casa?

SIM

NÃO

v) viajado contrariando os conselhos de um médico ou viajado com o objectivo de obter tratamento médico?

SIM

NÃO

vi) recibieron algún diagnóstico terminal?

SIM

NÃO

O seu médico emitiu-lhe uma declaração relativa a qualquer uma das situações acima descritas?

SIM

NÃO

Se respondeu sim a qualquer uma das questões acima indicadas, queira fornecer mais pormenores sobre a condição ou circunstância:

12. Espera receber ou vai apresentar mais alguma despesa?

SIM

NÃO

Em caso afirmativo, indique os pormenores numa folha à parte.

Notas importantes

i) Os montantes não cobertos pela apólice, aplicáveis a cada participação conforme definido nas Condições Gerais da Apólice, devem ser pagos antes de se detalharem as despesas no ponto n.º 7. Se este pagamento foi efectuado ao Hospital ou Médico no Estrangeiro, queira anexar o recibo. Caso contrário, deverá enviar em conjunto com este formulário a quantia devida a favor de AXA Assistance Deutschland GmbH relativa ao montante não coberto.

ii) Regra geral, as despesas admissíveis são liquidadas ao próprio requerente. Caso o pagamento deva ser efectuado a favor de outra pessoa, indique os seus dados.

Documentos a enviar - ENVIE OS DOCUMENTOS ORIGINAIS, MAS GUARDE CÓPIAS DOS MESMOS NOS SEUS REGISTOS

1. Factura da apólice de seguro.
2. Um relatório policial ou outro documento indicado, caso o furto tenha ocorrido fora da área de responsabilidade da companhia aérea.
3. Se a sua participação se referir a bens extraviados ou danificados enquanto se encontravam à guarda da companhia aérea, envie uma cópia do relatório da companhia aérea ou do seu agente, a confirmação por escrito da companhia aérea de que não lhe foi efectuado qualquer pagamento, bem como o seu cartão de embarque e etiquetas de bagagem.
4. Apresente, relativamente a todos os bens pessoais e objectos de valor participados, documentos comprovativos de data anterior ao extravio. Estes podem ser recibos ou extractos bancários/de cartão de crédito que comprovem a aquisição dos bens participados. Envie também os manuais de instruções e certificados de garantia de relógios, câmaras ou material electrónico que tenham sido incluídos na participação.
5. Exclusivamente para participação de danos - apresente uma estimativa dos custos de reparação ou, no caso do objecto se encontrar irremediavelmente danificado, uma declaração de um comerciante idóneo que o confirme. Não se desfaça de nenhum dos objectos danificados, uma vez que poderemos solicitar o seu envio para os nossos escritórios.
6. Exclusivamente para participação de atrasos de bagagem - recibos que comprovem a necessidade de adquirir vestuário e produtos de higiene pessoal, confirmação da ocorrência por parte da companhia aérea e data e hora de chegada da sua bagagem.

Importante: le rogamos que enumere las facturas de los gastos generados y de la documentación anterior al caso que pruebe su existencia, y que anote el número en la columna que lleva por título " Recibo Nº " cuando detalle en la página 2 los gastos o productos por los que efectúa la reclamación.

Indique por escrito a razão pela qual não lhe é possível apresentar qualquer um dos documentos solicitados.

Queira responder a TODAS as perguntas abaixo indicadas - EM LETRA MAIÚSCULA

1. Quando e onde ocorreu o extravio, roubo ou dano?

Data e hora em que detectou o extravio, roubo ou dano.

/ /	
-----	--

Local da ocorrência (país e resort ou cidade)

--	--

3. A ocorrência foi participada:

	Data	Hora	Referência
à Polícia			
à empresa de transportes (companhia aérea)			

2. Exclusivamente para participação de atrasos de bagagem.

(a) Data e hora da sua chegada ao resort.

/ /	
-----	--

(b) Data e hora em que recebeu a sua bagagem.

/ /	
-----	--

(c) Duração do atraso.

--

(d) Indemnizações recebidas pela companhia aérea, acompanhadas dos respectivos documentos comprovativos. Indique se não recebeu qualquer indemnização.

--

(e) Número de voo

--

4. A seguir indique as circunstâncias da ocorrência e as precauções tomadas para proteger os seus bens (se necessário, continue noutra folha)

5. Onde se encontravam os objectos no momento em que foram extraviados, roubados ou danificados?

--

6. Exclusivamente para participação de extravio e roubo - que medidas tomou para recuperar os seus bens?

7. Outros seguros

a. Dados do seu Seguro de Habitação

Nome da Seguradora

Nº. da apólice:

--

Morada da Seguradora

Dados relativos a qualquer participação anterior no âmbito do seguro de habitação ou de viagem.

Código postal

--

b. Apresentou alguma participação a outra seguradora, como, por exemplo, à seguradora onde detém um seguro de habitação, ou à companhia aérea?

SIM

NÃO

Em caso afirmativo, indique em baixo os pormenores e o número de referência da participação:

NOTA IMPORTANTE: A PRESENTE APÓLICE CONSTITUI UM ACORDO DE INDEMNIZAÇÃO QUE VISA REPOR A SITUAÇÃO EXISTENTE À DATA DO SINISTRO: O VALOR DOS ITENS PARTICIPADOS É CALCULADO, NÃO PELO VALOR DOS ITENS DE SUBSTITUIÇÃO EM ESTADO NOVO, MAS COM BASE NO VALOR À DATA DO SINISTRO, TENDO EM CONTA A ANTIGUIDADE E A DEPRECIÇÃO, OU SEJA, O VALOR DO ITEM EM SEGUNDA MÃO.

Preencha os campos da tabela abaixo que se aplicam ao seu caso - EM LETRA MAIÚSCULA

Características da Bagagem Pessoal danificada, furtada, destruída ou extraviada (se necessário, continue noutra folha).

Indique as características de cada item participado em pormenor. (Tratando-se de câmaras, indique o número de série e o modelo, características das lentes, etc. Em caso de relógios, indique o número de série, o modelo, o tipo e qualidade do metal da estrutura, tipo de bracelete, número de pedras preciosas, etc. Tratando-se de jóias, indique o tipo e qualidade do metal precioso, a dimensão e o tipo de pedras, etc.) Deverá apresentar recibos e termos de avaliação

Nº. de referência	Descrição do item	Proprietário	Local de compra	Data de aquisição	Método de compra	Custo de aquisição	Custo de substituição	A preencher pelos nossos serviços

Exclusivamente para participação de atrasos de bagagem - indique os itens principais que adquiriu devido ao atraso (continue noutra folha se necessário)

Nº. de referência	Nome do requerente	Descrição do item	Data	Custo	Divisa	A preencher pelos nossos serviços

