

INFORMAÇÕES SEGURADAS

Nome do Segurado: _____ Número da apólice: _____

Primeiro nome Nome do meio Primeiro sobrenome Segundo sobrenome

Nº de identificação: _____ Data de nascimento: dd/mm/aa

Endereço do Segurado: _____

Cidade Estado País Código postal

Ocupação: _____

INFORMAÇÕES DE ACIDENTE

Quando o acidente aconteceu? _____

Onde ocorreu o acidente? _____

Como aconteceu o acidente? _____

O que você estava fazendo naquele momento? _____

Qual foi a causa do acidente? _____

Que lesão(ões) você sofreu neste acidente? _____

Qual foi o tratamento inicial (primeiros socorros) que você recebeu após o acidente, quem o realizou e onde? _____

Você foi levado ao hospital ou recebeu atendimento de serviços médicos de emergência, como paramédicos, Cruz Vermelha, serviços médicos de emergência municipais, polícia, bombeiros, etc.? _____

Nome e endereços de todos os médicos consultados e hospitais onde foi tratado:

NOME DO MÉDICO OU HOSPITAL	TELEFONE OU EMAIL	DATA(S) DE SERVIÇO (dd/mm/aa)

Foi realizada alguma cirurgia ou operação em decorrência da lesão? _____

Se você esteve internado, indique o nome do hospital: _____

De: dd/mm/aa

Até: dd/mm/aa

Há alguma cirurgia, internação, exame médico ou tratamento médico pendente?

Nomes e números de telefone das testemunhas do acidente.

NOME	TELEFONE

Você notificou as autoridades locais? **SIM** **NÃO**

Houve alguma publicação do acidente na imprensa local? **SIM** **NÃO**

CERTIFICAÇÃO E AUTORIZAÇÃO

Certifico que as declarações acima são completas e verdadeiras, tanto quanto é do meu conhecimento e crença. Autorizo os médicos e hospitais onde fui atendido a conceder ao Olé Insurance Group Corp. os relatórios médicos, registros e histórico médico que solicitarem (que podem incluir doenças anteriores do Segurado), para que possam realizar a avaliação do sinistro.

Nome do Segurado: _____ Data de nascimento: dd/mm/aa

Assinatura do Segurado: _____ Data: dd/mm/aa

Na impossibilidade de assinatura do Segurado, a certificação e autorização de acesso aos relatórios médicos, processos e historial médico nos termos do número anterior é concedida por:

Nome completo: _____ Relação familiar: _____

Negócios: _____ Data: dd/mm/aa

Aviso: Qualquer pessoa que, conscientemente e com a intenção de prejudicar, fraudar ou enganar uma seguradora, apresentar uma declaração de sinistro contendo qualquer informação falsa, incompleta ou enganosa, poderá ser acusada de fraude de seguro e sujeita a penalidades civis e criminais.

INFORMAÇÕES BANCÁRIAS DO SEGURADO

Nome do titular da conta: _____

Nome do banco: _____

Endereço do Banco: _____

Telefone do banco: _____

SWIFT/ABA: _____ Numero de conta: _____

Tipo de conta (poupança/corrente): _____

Por favor inclua os seguintes documentos:

1. Cópia da carteira de identidade do segurado
2. Relatório de cada médico que esteve envolvido no seu atendimento
3. Cópia do prontuário da internação
4. Relatório da polícia e/ou ambulância ou paramédico, se aplicável
5. Contas médicas relacionadas ao incidente
6. Cópia de publicações sobre o acidente na imprensa local, na internet ou redes sociais