

Data: dd/mm/aa

Nome do médico: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Cidade

Estado

País

Código postal

Ref: Nome do Paciente: \_\_\_\_\_

Nº de identificação: \_\_\_\_\_ Data de nascimento: dd/mm/aa

Prezado Dr. \_\_\_\_\_

Seu paciente entrou com um pedido de benefícios por invalidez ou lesão.

Para avaliar esta afirmação, pedimos que você forneça um relatório sobre a condição do paciente e responda às seguintes perguntas

Diagnóstico definitivo: \_\_\_\_\_

Qual é a causa desta patologia? \_\_\_\_\_

Como ocorreu essa lesão ou doença? \_\_\_\_\_

Se foi acidental, quando ocorreu o acidente? dd/mm/aa Hora: \_\_\_\_\_

Data em que você viu o paciente pela primeira vez: dd/mm/aa

Motivo do primeiro atendimento médico: \_\_\_\_\_

Tratamento indicado: \_\_\_\_\_

Seu cliente foi indicado para outro(s) médico(s) ou especialista(s)? (explicar): \_\_\_\_\_

Quanto tempo você estima que levará para sua recuperação completa? \_\_\_\_\_

O paciente precisa de algum tratamento para obter recuperação total? (explicar)

Se a lesão for total e permanente, explique detalhadamente: \_\_\_\_\_

Na sua opinião, a perda foi causada por uma lesão autoinfligida ou por um ato de autodestruição? \_\_\_\_\_

Na sua opinião, a perda foi causada de alguma forma por doença? \_\_\_\_\_

Se sim, indique as datas em que prestou tratamento para a sua doença:

Forneça um relato do acidente como você entende que aconteceu: \_\_\_\_\_

Datas de tratamento para este acidente: \_\_\_\_\_

Comentários adicionais: \_\_\_\_\_

## INFORMAÇÕES SEGURADAS

Certifico que as declarações acima são completas e verdadeiras, tanto quanto é do meu conhecimento e crença.

Nome do médico: \_\_\_\_\_

Especialidade, grau ou designação profissional: \_\_\_\_\_

Número de registro ou licença profissional: \_\_\_\_\_

Telefone(s): \_\_\_\_\_ Correio eletrônico: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Cidade

Estado

País

Código postal

Assinatura do médico: \_\_\_\_\_

Data: dd/mm/aa

Depois de preenchido e assinado, o médico deverá enviar este formulário diretamente à seguradora por email para [Claims@olelife.com](mailto:Claims@olelife.com) ou via WhatsApp para o tel. +1-939-489-3160.

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.

### Por favor inclua os seguintes documentos:

1. Cópia da carteira de identidade do segurado
2. Cópia da carteira profissional do médico
3. Cópia dos resultados de todos os exames médicos realizados desde o início desta patologia
4. Cópia do prontuário de cada internação, atendimento de emergência, atendimento ambulatorial, sessões de terapia
5. Cópia da denúncia, ata ou boletim de ocorrência, se for o caso
6. Contas médicas relacionadas ao incidente