

INFORMAÇÕES SEGURADAS

Nome do Segurado: _____ Número da apólice: _____

Primeiro nome

Nome do meio

Primeiro sobrenome

Segundo sobrenome

Número de identificação: _____ Data de nascimento: dd/mm/aa

Endereço do Segurado: _____ Número de telefone: _____

Cidade

Estado

País

Código postal

Ocupação: _____ Empregador: _____

Tomador do Seguro (se diferente do Segurado): _____

INFORMAÇÃO MÉDICA

1. Qual é o nome/diagnóstico exato da sua doença? _____

2. Dados do médico que determinou o acima.

NOME	ESPECIALIDADE	ENDEREÇO	CORREIO ELETRÔNICO	TELÉFONO

3. Quando foi diagnosticado pela primeira vez? dd/mm/aa

4. Quando surgiram os primeiros sintomas desta doença? dd/mm/aa

5. Você já teve alguma doença semelhante ou relacionada? **SIM** **NÃO**

6. Liste testes/investigações para esta condição com datas.

NOME DE TESTE	CLÍNICA/HOSPITAL OU LABORATÓRIO ONDE FOI REALIZADO O TESTE	DATA

7. Detalhes de qualquer cirurgia ou biópsia realizada:

TIPO DE CIRURGIA	CLÍNICA/HOSPITAL OU LABORATÓRIO ONDE FOI REALIZADO O TESTE	DATA

8. Detalhes de outros tratamentos (por exemplo, radioterapia, quimioterapia, medicamentos, etc.):

TIPO DE TRATAMENTO	CLÍNICA/HOSPITAL OU LABORATÓRIO ONDE FOI REALIZADO O TESTE	DATA

9. Liste todos os médicos que você consultou para esta doença.

NOME	ESPECIALIDADE	ENDEREÇO	CORREIO ELETRÔNICO	TELÉFONO

Por favor inclua os seguintes documentos:

1. Cópia dos laudos de todos os exames médicos realizados desde a data do diagnóstico original.
2. Nome e informações de contato de quaisquer outros médicos que estiveram envolvidos nos seus cuidados.

CERTIFICAÇÃO E AUTORIZAÇÃO

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

Autorizo médicos, hospitais e quaisquer prestadores de serviços médicos a fornecer ao Olé Insurance Group Corp. qualquer relatório médico e histórico médico que você solicitar (que pode incluir informações sobre doenças mentais, uso de drogas, vícios e doenças anteriores), para poder avaliar a reclamação.

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

Assinatura do Tomador do Seguro (se diferente do segurado): _____

Data: dd/mm/aa

Aviso: Qualquer pessoa que, conscientemente e com a intenção de prejudicar, fraudar ou enganar uma seguradora, enviar uma declaração de sinistro contendo informações falsas, incompletas ou enganosas, poderá ser culpada de fraude em seguros e estará sujeita a penalidades civis e criminais.

Existe uma cessão da apólice? **SIM** **NÃO**

INFORMAÇÕES BANCÁRIAS DO TITULAR DA APÓLICE

Nome do titular da conta: _____

Nome do banco: _____

Telefone do banco: _____

Endereço do Banco: _____

SWIFT/ABA: _____ Numero de conta: _____

Tipo de conta (poupança/corrente): _____