

Formulário de Participação de Sinistro de Hospitalização

CONFIDENCIAL

INSTRUÇÕES PARA RECLAMAÇÕES DE SINISTRO

Para todo o tipo de reclamações de sinistro:

Complete todas as secções

Entregue uma cópia da apólice

Entregue uma cópia da conta do hospital

Por favor, contacte-nos:

Tel: +258 21 49 3110/09 ext. 2192

Fax: +258 21 493118/9

E-mail: claims-bbm@ga.co.mz

SECÇÃO 1 - DADOS DO TITULAR DA APÓLICE

Número da apólice

Nome

Morada

Telefone (Casa) (Trabalho)

E-mail

DADOS BANCÁRIOS

Número da conta

Nome do titular da conta

Nome do banco

Tipo de conta

Nome da agência Código da agência

SECÇÃO 2 - DADOS DO REQUERENTE

Nome

Data de nascimento | D | D | M | M | C | C | A | A

Relação com o segurado

Profissão

SECÇÃO 3 - HOSPITALIZAÇÃO (Anexar uma cópia da conta do hospital)

Motivo da hospitalização | Acidente | Doença

Nome do hospital

Número de telefone | Data de Admissão | D | D | M | M | C | C | A | A

Hora | Data da alta | D | D | M | M | C | C | A | A | Hora

HOSPITALIZAÇÃO POR ACIDENTE:

Data do acidente | D | D | M | M | C | C | A | A

Descrição do acidente

Ferimentos sofridos

HOSPITALIZAÇÃO POR DOENÇA

Diagnóstico/Condição

Quando é que o paciente teve conhecimento da doença?

O paciente já se encontrava nesta situação?

SIM

NÃO

Se SIM, providencie datas e pormenores do tratamento

MÉDICO ASSISTENTE HABITUAL (MG)

Nome

Morada

Telefone nº

Há quanto tempo?

SECÇÃO 4 - DECLARAÇÃO E AUTORIDADE

Pelo titular da apólice ou representante legal

Declaro que as informações prestadas são verdadeiras em todos os aspectos. Autorizo qualquer hospital/médico, ou outra pessoa que me tenha atendido ou examinado a dar à companhia, ou o seu representante autorizado, toda a informação relativa a doença ou lesão, historial médico, consultas, prescrições ou tratamentos e cópias de todos os relatórios hospitalares e médicos. Uma fotocópia desta autorização deve ser considerada tão eficaz e válida como o original.

Assinatura

Data

SECÇÃO 5 - VERIFICAÇÃO DA HOSPITALIZAÇÃO (a ser completa pelo hospital se nenhuma conta estiver disponível)

Nome do hospital

Morada

Telefone nº

Nome do paciente

Data de nascimento

Motivo da hospitalização

Data de admissão

D	D	M	M	C	C	A	A	Hora
---	---	---	---	---	---	---	---	------

Data da alta

D	D	M	M	C	C	A	A	Hora
---	---	---	---	---	---	---	---	------

REPRESENTANTE AUTORIZADO

Nome

Capacidade

Assinatura

Data