

OCIDENTAL
grupo ageas

Apólice	<input type="text"/>
Sucursal	<input type="text"/>
Nº Conta D.O	<input type="text"/>
Nº de identificação do processo (Companhia)	<input type="text"/>
Nº de ILS / Empréstimo	<input type="text"/>

Millennium
bcp

- PPV- SEGURO PLANO PROTEÇÃO VENCIMENTO
- PPD- SEGURO PLANO PROTEÇÃO DESPESAS
- PPD- SEGURO PLANO PROTEÇÃO RENDIMENTO
- CP3 - SEGURO PLANO PROTEÇÃO CRÉDITO PESSOAL
- PCH - SEGURO PLANO PROTEÇÃO CRÉDITO HABITAÇÃO
- OUTRO SEGURO PLANO PROTEÇÃO _____

Atenção:

- . Enquanto a sua participação está a ser apreciada, os seus compromissos de pagamento deverão ser mantidos.
 - . O preenchimento completo desta participação e o envio dos documentos abaixo identificados são fundamentais para a rápida resolução deste processo.
 - . Em caso de dúvida relativa ao sinistro ou a este impresso é favor contactar-nos através do telefone 21 004 24 90 - Custo de chamada para a rede fixa nacional
- Atendimento personalizado disponível todos os dias úteis das 8h30 às 19h00.

Identificação do Segurado	
1. Nome:	
2. Morada:	
Localidade:	Código Postal:
3. Data de Nascimento:	B.I.:
4. Nº Contribuinte:	Nº de Beneficiário da Segurança Social:
5. Profissão que exercia:	

Elementos do Contrato de Financiamento (preencher caso se aplique à situação)	
Data Inicio ____ / ____ / ____	Prazo:
Prestação Mensal:	Por extenso:
Montante financiado:	Por extenso:

Questionário	
Já fez alguma participação de sinistro relativamente a este ou a outro contrato? Sim? / Não?	
Se sim, detalhe:	

Trabalhadores por Conta Própria	
Natureza da Atividade _____	
Morada _____	
Localidade: _____	Código Postal: _____ - _____
Telefone: _____	Nº de Contribuinte: _____

Deverá juntar (obrigatoriamente)	
<ul style="list-style-type: none"> • Documento comprovativo da atividade. • Documento comprovativo dos descontos para a Segurança Social. 	

Informação da Entidade Patronal	
Data de início do emprego: ____ / ____ / ____	
Data de Incapacidade para o trabalho: ____ / ____ / ____	Data de retorno ao trabalho (se for o caso) ____ / ____ / ____
Função que o reclamante exerce:	
O reclamante sofreu anteriormente desta doença enquanto ao seu serviço? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Se sim, detalhe:	

