

## Formulário de sinistros

<b>Dados pessoais:</b>	
Sobrenome	Nome
Data de nascimento (DD/MM/AA)	
<b>Endereço no país de residência:</b>	
Retorno ao país de residência em (DD/MM/AA):	<b>Endereço no país de destino:</b>
	c/o (nome da família anfitriã)
Rua	Rua
CEP	CEP/Cidade
Cidade	Estado/Província
País	País
Telefone	Telefone
E-Mail	E-Mail
<b>Tratamento médico recebido:</b>	
Tipo da doença ou do acidente	
No caso de doença, ela já havia se manifestado outras vezes anteriormente? Em caso positivo, quando?	
No caso de acidente                      Culpa própria <input type="checkbox"/> Culpa da outra parte envolvida <input type="checkbox"/>	
Por favor, descreva sucintamente como ocorreu o acidente:	
<b>Reembolso dos custos: (as taxas bancárias correm por conta do Segurado)</b>	
A conta apresentada pelo médico já foi paga?                      Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	
Se ainda não, ela será paga diretamente ao médico?	
Nome do médico ou do hospital onde foi atendido	
Endereço do médico ou do hospital onde foi atendido	
Se já pagou, deseja o reembolso direto em sua conta bancária	
Nome do banco	
Endereço & país do banco	
Nome do proprietário da conta    Número da conta	
Código SWIFT (informação indispensável)                      Código do banco/agência	
<b>Documentação em caso de sinistro</b>	
<p><b>Envie à Seguradora o formulário completamente preenchido, assim como todas as faturas e comprovantes originais relativos ao caso de sinistro. AS INFORMAÇÕES INCOMPLETAS OU INCORRETAS ACARRETAM ATRASO NO TRÂMITE DO SINISTRO.</b></p>	
<p><b>Zona1</b> <b>América do Norte e do Sul</b></p> <p>CareMed Claims CISI Claim Department River Plaza 9 West Broad Street Stamford, CT 06902-3788 USA</p>	<p><b>Zona 2:</b> <b>Todos os outros países, exceto as Américas do Norte e do Sul</b></p> <p>CareMed Claims ACE European Group Limited Direktion für Deutschland Lurgiallee 10 60439 Frankfurt Alemanha</p>
<p>Através deste documento, concedo plenos poderes a qualquer hospital, médico ou outra pessoa que tenha me examinado, inclusive aquelas em meu país de residência, a fornecer quaisquer informações à Central de Assistência ou a seus representantes relativas a doenças ou lesões, anamnésia, aconselhamentos, prescrições médicas ou tratamentos, e cópias de quaisquer relatórios médicos ou hospitalares. Uma cópia desta procuração também é válida.</p>	
Data	
Assinatura do Assegurado	