

## Cancelamento de Viagem

Caro (a) Segurado (a),

Lamentamos o incidente ocorrido, mas ficamos satisfeitos por podermos oferecer-lhe a possibilidade de aceder on-line aos formulários de participação de sinistro.

Por favor, imprima os formulários, assegure-se de que os mesmos são correctamente preenchidos<sup>1</sup> e devolva-os por correio ou fax, juntamente com a seguinte documentação:

- **Para todos os tipos de cancelamento de viagem:**
  - ✓ Cópia do documento comprovativo da aquisição da viagem e do seguro de viagem;
  - ✓ Documentos originais relativos às despesas suportadas com o cancelamento da viagem e documentos comprovativos originais de que tais despesas não são reembolsáveis ou do montante parcial do reembolso;
  - ✓ Documento comprovativo do cancelamento prévio da viagem;
  - ✓ Documento emitido pela Transavia em como não recebeu qualquer reembolso pelo cancelamento da viagem ou, recebendo, do valor reembolsado.
  
- **Consoante os casos, também os seguintes documentos:**
  - **Doença grave ou acidente corporal grave:**
    - ✓ Relatório médico justificativo da necessidade de acamamento ou hospitalização que impossibilite o início da viagem na data prevista ou que demonstre o risco de vida para a Pessoa Segura, cônjuge ou equiparado, ascendentes, descendentes, irmãos, cunhados, genro/nora ou sogros;
    - ✓ Cópia das receitas médicas;
    - ✓ Cópia de todos os documentos clínicos relativos aos tratamentos seguidos.
  
  - **Morte:**
    - ✓ Original da certidão de óbito ou cópia autenticada;
  
  - **Roubo, incêndio ou inundação do domicílio da Pessoa Segura ou do local de trabalho explorado directamente por esta:**
    - ✓ Cópia da participação efectuada às autoridades policiais (roubo);
    - ✓ Todo o documento que estabeleça a gravidade dos danos no domicílio ou local de trabalho da Pessoa Segura;
    - ✓ Todo o documento que indique que o local de trabalho é explorado directamente pela Pessoa Segura.

---

<sup>1</sup> Em caso de cancelamento de viagem por motivo de doença o formulário referente ao certificado médico deve ser preenchido pelo médico que acompanhou a Pessoa Segura.

- **Cessação do Contrato de Trabalho:**
  - ✓ Decisão de despedimento emitida pelo empregador;
- **Doenças pré existentes e complicações na gravidez:**
  - ✓ Relatório médico que determine e justifique ter havido, posteriormente à data da subscrição do seguro de viagem, um agravamento da doença ou complicação na gravidez.

Por favor tenha em atenção que, para podermos processar rápida e eficientemente a sua participação, é necessário que responda a todas as perguntas e envie os documentos solicitados. Quando tenha que enviar documentos originais, sugerimos-lhe que fique com cópias dos mesmos. **Por favor, assegure-se que fica claro a quem deseja que seja feito o pagamento da indemnização.**

Os formulários correctamente preenchidos e a respectiva documentação de suporte à participação deverão ser enviados para:

**Mondial Assistance Portugal**  
**Rua Quinta da Fonte**  
**Edifício Bartolomeu Dias**  
**2774-535 Paço de Arcos**  
ou  
**FAX: 21 796 54 02**

Em caso de sinistro a Pessoa Segura deverá avisar a seguradora, no mais curto espaço de tempo possível, nunca superior a 7 (sete) dias, sob pena de responder por perdas e danos.

Para além da documentação referida, caso entenda necessário à correcta instrução do processo, a Seguradora poderá solicitar posteriormente o envio de documentação adicional.

Ficamos a aguardar as suas prezadas notícias.

Com os nossos melhores cumprimentos,

**Mondial Assistance Portugal**

## FORMULÁRIO DE PARTICIPAÇÃO

Nº de Participação:

Por favor certifique-se que todas as informações são preenchidas correctamente

### Dados Pessoais

Apelido:

Nome:

Título:

Data Nascimento:

Profissão:

Morada:

  

Nº Telemóvel:

Nº Telefone:

Código Postal:

B.I.:

E-mail:

NIF:

O pagamento deve ser  
feito a nome de:

### Detalhes do Seguro

País / Destino da  
Viagem:

Data da Reserva:

Data Compra Seguro:

Data do início da  
Viagem:

Data do Fim da Viagem:

Duração:

Dias

Nº de Pessoas Seguras:

### MONDIAL ASSISTANCE

Rua Quinta da Fonte

Edifício Bartolomeu Dias

2774-535 Paço de Arcos

Tel.: + 351 21 780 62 00

Fax: + 351 21 796 54 05

email: [travel@mondial-assistance.pt](mailto:travel@mondial-assistance.pt)

[www.mondial-assistance.pt](http://www.mondial-assistance.pt)

## INFORMAÇÃO MÉDICA

Esta informação deve ser preenchida pelo Médico Assistente da Pessoa Segura.

Qualquer taxa ou valor pago a título de honorários médicos no preenchimento deste formulário é da responsabilidade da Pessoa Segura

Nome do Paciente

Data de Nascimento:

Desde quando é o medico assistente:

Por favor confirme o Diagnóstico:

Data do 1º Diagnóstico:

Data dos 1ºs Sintomas:

Detalhes Relevantes do Historial Clínico incluindo datas de diagnósticos:

O paciente esteve internado nos últimos 12 meses anteriores à reserva da viagem? Se sim, forneça detalhes.

Se o cancelamento está relacionado com o agravamento de doença pré-existente ou de gravidez, por favor descreva a situação em que se encontra e os motivos do cancelamento.

Descrição:

Data confirmação do agravamento:

Data internamento:

**No momento em que reservou a viagem o paciente, estava? (se sim forneça detalhes)?**

Em Lista de Espera:

Sim  Não

A tomar algum medicamento:

Sim  Não

Com exames médicos em curso:

Sim  Não

Em conhecimento da sua condição:

Sim  Não

Informado dos resultados dos exames:

Sim  Não

**Na sua opinião:**

a) O cancelamento é clinicamente necessário?

Sim  Não

b) Quando é que o cancelamento da viagem passou a ser clinicamente necessário?

Data

c) A condição de saúde do paciente estava estabilizada e sob controlo no momento da reserva da viagem?

Sim  Não

Nome do médico:

Especialidade:

Assinatura:

Data:

**Nome & Especialidade  
(Carimbo)**

## Garantia Assistência Médica – Repatriamento

Caro (a) Segurado (a),

Lamentamos o incidente ocorrido durante a sua viagem, mas ficamos satisfeitos por poder-lhe oferecer a possibilidade de aceder on-line aos formulários de participação de sinistro.

Por favor, imprima os formulários, assegure-se de que os mesmos são correctamente preenchidos e devolva-nos por correio ou fax, juntamente com:

- **Para todos os tipos de assistência:**
  - ✓ Cópia do documento comprovativo da aquisição da viagem e do seguro de viagem;
- **Consoante os casos, também os seguintes documentos:**
  - **Repatriamento ou transporte sanitário:**
    - ✓ Relatório médico ou informação do médico assistente da Pessoa Segura justificativo de que a doença súbita ou o acidente sofrido pela Pessoa Segura, em face da gravidade e urgência do caso, implicam a necessidade de repatriamento;
    - ✓ Documentos originais comprovativos das despesas suplementares de transporte suportados pelos familiares e acompanhantes da Pessoa Segura, quando o meio de transporte inicialmente previsto para regresso não possa ser utilizado devido ao repatriamento da Pessoa Segura.
  - **Repatriamento em caso de Morte:**
    - ✓ Original da certidão de óbito ou cópia autenticada;
    - ✓ Documentos originais comprovativos das despesas de preparação do corpo para transporte e de transporte do corpo;
    - ✓ Documentos originais comprovativos das despesas suplementares de transporte suportados pelos familiares e acompanhantes da Pessoa Segura, quando o meio de transporte inicialmente previsto para regresso não possa ser utilizado devido ao repatriamento do corpo da Pessoa Segura.
  - **Despesas médicas:**
    - ✓ Documentos originais comprovativos das despesas médicas, cirúrgicas, farmacêuticas, hospitalares ou odontológicas;
    - ✓ Em caso de hospitalização, o formulário E-111 devidamente preenchido;

- ✓ Documento emitido pela Segurança Social ou qualquer outro organismo comprovativo de não reembolso de tais despesas ou do montante reembolsado.
  - ✓ No caso de despesas odontológicas, relatório médico que comprove qualquer problema agudo imprevisível coberto pela apólice.
- **Despesas de prolongamento de estadia em hotel:**
    - ✓ Relatório médico ou informação do médico assistente da Pessoa Segura que determine e justifique detalhadamente a necessidade de prolongamento da estadia.

Por favor tenha em atenção que, para podermos processar rápida e eficientemente a sua participação, é necessário que responda a todas as perguntas e envie os documentos solicitados. Quando tenha que enviar documentos originais, sugerimos-lhe que fique com cópias dos mesmos. **Por favor, assegure-se que fica claro a quem deseja que seja feito o pagamento da indemnização.**

Os formulários correctamente preenchidos e a respectiva documentação de suporte à participação deverão ser enviados para:

**Mondial Assistance Portugal**  
**Rua Quinta da Fonte**  
**Edifício Bartolomeu Dias**  
**2774-535 Paço de Arcos**  
ou  
**FAX: 21 796 54 06**

Em caso de sinistro a Pessoa Segura deverá avisar a seguradora, no mais curto espaço de tempo possível, nunca superior a 7 (sete) dias, sob pena de responder por perdas e danos.

Para além da documentação referida, caso entenda necessário à correcta instrução do processo, a Seguradora poderá posteriormente solicitar o envio de documentação adicional.

Ficamos a aguardar as suas prezadas notícias.

Com os nossos melhores cumprimentos,

**Mondial Assistance Portugal**

## FORMULÁRIO DE PARTICIPAÇÃO

Nº de Participação:

Por favor certifique-se que todas as informações são preenchidas correctamente

### Dados Pessoais

Apelido:

Nome:

Título:

Data Nascimento:

Profissão:

Morada:

  

Nº Telemóvel:

Nº Telefone:

Código Postal:

B.I.:

E-mail:

NIF:

O pagamento deve ser  
feito a nome de:

### Detalhes do Seguro

País / Destino da  
Viagem:

Data da Reserva:

Data Compra Seguro:

Data do início da  
Viagem:

Data do Fim da Viagem:

Duração:

Dias

Nº de Pessoas Seguras:

### MONDIAL ASSISTANCE

Rua Quinta da Fonte

Edifício Bartolomeu Dias

2774-535 Paço de Arcos

Tel.: + 351 21 780 62 00

Fax: + 351 21 796 54 05

email: [travel@mondial-assistance.pt](mailto:travel@mondial-assistance.pt)

[www.mondial-assistance.pt](http://www.mondial-assistance.pt)



g) Possui algum seguro de saúde privado ou outro que forneça cobertura às suas viagens?

Sim  Não

se sim:

Nome Seguradora:

Morada:

Apólice nº :

### Só para Participações de Interrupção de Estadias

h) Para interrupções de estadias em Portugal por doença ou morte, por favor confirme o nome da pessoa e a relação com o participante.

Nome

Relação

Nome das pessoas envolvidas na interrupção das férias	Custo total das férias / pessoa menos prémio seguro

Data regresso

Data que devia ter regressado

Nº Dias perdidos

**Declaração:** As seguradoras e os seus agentes partilham informação com o objectivo de prevenir a fraude, é ofensa criminal fazer uma participação fraudulenta. Os casos e as pessoas suspeitas de fraude serão investigadas e posteriormente o caso será reportado às autoridades competentes. Eu / Nós declaro (mos) que a informação contida nesta participação é verdadeira e correcta, autorizamos a seguradora a agir em nosso nome para a salvaguarda dos seus interesses, contra qualquer pessoa ou organização. Autorizamos que a seguradora contacte o nosso médico assistente para qualquer informação que considere necessária.

Nome:

Local:

Data:

Assinatura:

## FORMULÁRIO DE PARTICIPAÇÃO CANCELAMENTO VIAGEM

**Por favor certifique-se que os documentos originais estão incluídos, como requerido na carta**

Participação N°

**a) Data do evento que origina o cancelamento:**

Data de cancelamento:

Se existir diferença entre as datas, por favor explique:

**b) Por favor descreva o motivo exacto do cancelamento. Se o motivo do cancelamento não for de natureza médica, necessita de apresentar documentação que justifique a necessidade de cancelar a viagem.**

**c) Valor reclamado**

Custo total da viagem	€	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>
Reembolsos recebidos	€	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>
Outros custos	€	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>
Valor total reclamado	€	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/>

**d) Por favor liste todas as pessoas que cancelaram a viagem e qual a sua relação com o requerente**


**e) Tem algum outro tipo de seguro que possa cobrir esta perda?**

Sim

Não

Nome e morada do segurador:



Apólice n°:

**f) Se o cancelamento foi provocado por uma terceira entidade, por favor indique os detalhes necessários para contacto:**

**g) Por favor forneça detalhes sobre antigas participações ou estado das mesmas**

Nome e morada do segurador:



Apólice / Referência n°:

**Declaração:** As seguradoras e os seus agentes partilham informação com o objectivo de prevenir a fraude. Constitui crime punido por lei fazer uma participação fraudulenta. Os casos e as pessoas suspeitas de fraude serão investigadas e posteriormente o caso será reportado às autoridades competentes. Eu / Nós declaro (mos) que a informação contida nesta participação é verdadeira e correcta, autorizamos a seguradora a agir em nosso nome para a salvaguarda dos seus interesses, contra qualquer pessoa ou organização. Autorizamos que a seguradora contacte o nosso médico assistente para qualquer informação que considere necessária.

Nome requerente


Assinatura


Data

/ /
/ /
/ /

Nome requerente

Assinatura

Data

Nome requerente

Assinatura

Data

## Garantia Assistência Médica – Repatriamento

Caro (a) Segurado (a),

Lamentamos o incidente ocorrido durante a sua viagem, mas ficamos satisfeitos por poder-lhe oferecer a possibilidade de aceder on-line aos formulários de participação de sinistro.

Por favor, imprima os formulários, assegure-se de que os mesmos são correctamente preenchidos e devolva-nos por correio ou fax, juntamente com:

- **Para todos os tipos de assistência:**
  - ✓ Cópia do documento comprovativo da aquisição da viagem e do seguro de viagem;
- **Consoante os casos, também os seguintes documentos:**
  - **Repatriamento ou transporte sanitário:**
    - ✓ Relatório médico ou informação do médico assistente da Pessoa Segura justificativo de que a doença súbita ou o acidente sofrido pela Pessoa Segura, em face da gravidade e urgência do caso, implicam a necessidade de repatriamento;
    - ✓ Documentos originais comprovativos das despesas suplementares de transporte suportados pelos familiares e acompanhantes da Pessoa Segura, quando o meio de transporte inicialmente previsto para regresso não possa ser utilizado devido ao repatriamento da Pessoa Segura.
  - **Repatriamento em caso de Morte:**
    - ✓ Original da certidão de óbito ou cópia autenticada;
    - ✓ Documentos originais comprovativos das despesas de preparação do corpo para transporte e de transporte do corpo;
    - ✓ Documentos originais comprovativos das despesas suplementares de transporte suportados pelos familiares e acompanhantes da Pessoa Segura, quando o meio de transporte inicialmente previsto para regresso não possa ser utilizado devido ao repatriamento do corpo da Pessoa Segura.
  - **Despesas médicas:**
    - ✓ Documentos originais comprovativos das despesas médicas, cirúrgicas, farmacêuticas, hospitalares ou odontológicas;
    - ✓ Em caso de hospitalização, o formulário E-111 devidamente preenchido;

- ✓ Documento emitido pela Segurança Social ou qualquer outro organismo comprovativo de não reembolso de tais despesas ou do montante reembolsado.
  - ✓ No caso de despesas odontológicas, relatório médico que comprove qualquer problema agudo imprevisível coberto pela apólice.
- **Despesas de prolongamento de estadia em hotel:**
    - ✓ Relatório médico ou informação do médico assistente da Pessoa Segura que determine e justifique detalhadamente a necessidade de prolongamento da estadia.

Por favor tenha em atenção que, para podermos processar rápida e eficientemente a sua participação, é necessário que responda a todas as perguntas e envie os documentos solicitados. Quando tenha que enviar documentos originais, sugerimos-lhe que fique com cópias dos mesmos. **Por favor, assegure-se que fica claro a quem deseja que seja feito o pagamento da indemnização.**

Os formulários correctamente preenchidos e a respectiva documentação de suporte à participação deverão ser enviados para:

**Mondial Assistance Portugal**  
**Rua Quinta da Fonte**  
**Edifício Bartolomeu Dias**  
**2774-535 Paço de Arcos**  
ou  
**FAX: 21 796 54 06**

Em caso de sinistro a Pessoa Segura deverá avisar a seguradora, no mais curto espaço de tempo possível, nunca superior a 7 (sete) dias, sob pena de responder por perdas e danos.

Para além da documentação referida, caso entenda necessário à correcta instrução do processo, a Seguradora poderá posteriormente solicitar o envio de documentação adicional.

Ficamos a aguardar as suas prezadas notícias.

Com os nossos melhores cumprimentos,

**Mondial Assistance Portugal**

## FORMULÁRIO DE PARTICIPAÇÃO

Nº de Participação:

Por favor certifique-se que todas as informações são preenchidas correctamente

### Dados Pessoais

Apelido:

Nome:

Título:

Data Nascimento:

Profissão:

Morada:

  

Nº Telemóvel:

Nº Telefone:

Código Postal:

B.I.:

E-mail:

NIF:

O pagamento deve ser  
feito a nome de:

### Detalhes do Seguro

País / Destino da  
Viagem:

Data da Reserva:

Data Compra Seguro:

Data do início da  
Viagem:

Data do Fim da Viagem:

Duração:

Dias

Nº de Pessoas Seguras:

### MONDIAL ASSISTANCE

Rua Quinta da Fonte

Edifício Bartolomeu Dias

2774-535 Paço de Arcos

Tel.: + 351 21 780 62 00

Fax: + 351 21 796 54 05

email: [travel@mondial-assistance.pt](mailto:travel@mondial-assistance.pt)

[www.mondial-assistance.pt](http://www.mondial-assistance.pt)



g) Possui algum seguro de saúde privado ou outro que forneça cobertura às suas viagens?

Sim  Não

se sim:

Nome Seguradora:

Morada:

Apólice nº :

### Só para Participações de Interrupção de Estadias

h) Para interrupções de estadias em Portugal por doença ou morte, por favor confirme o nome da pessoa e a relação com o participante.

Nome

Relação

Nome das pessoas envolvidas na interrupção das férias	Custo total das férias / pessoa menos prémio seguro

Data regresso

Data que devia ter regressado

Nº Dias perdidos

**Declaração:** As seguradoras e os seus agentes partilham informação com o objectivo de prevenir a fraude, é ofensa criminal fazer uma participação fraudulenta. Os casos e as pessoas suspeitas de fraude serão investigadas e posteriormente o caso será reportado às autoridades competentes. Eu / Nós declaro (mos) que a informação contida nesta participação é verdadeira e correcta, autorizamos a seguradora a agir em nosso nome para a salvaguarda dos seus interesses, contra qualquer pessoa ou organização. Autorizamos que a seguradora contacte o nosso médico assistente para qualquer informação que considere necessária.

Nome:

Local:

Data:

Assinatura: