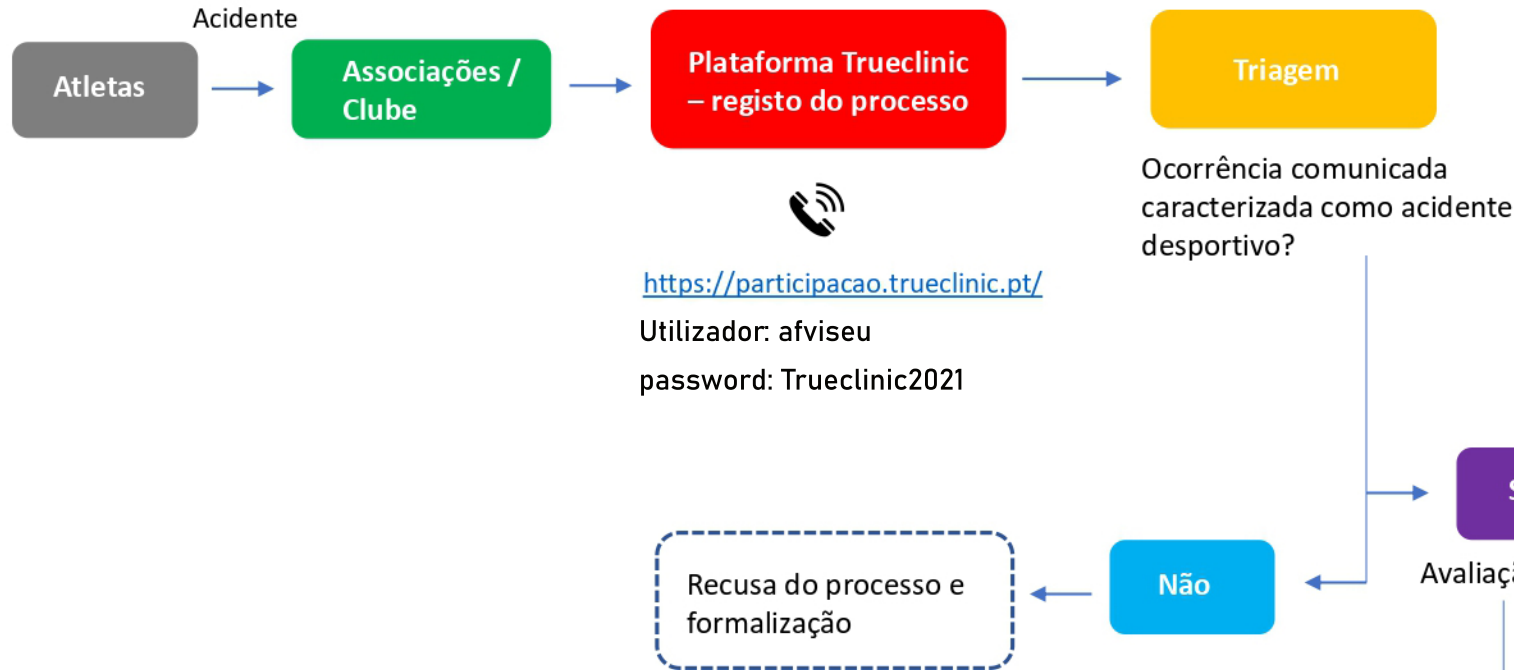


Gestão de Sinistros

AIG



<https://participacao.trueclinic.pt/>

Utilizador: afviseu

password: Trueclinic2021

Recusa do processo e formalização

Não

Sim

Avaliação clínica - teleconsulta

Lesão simples (sem necessidade de cuidados clínicos) Assistência médica online sem encaminhamento para a rede

Lesão não simples (potencialmente acima da franquia) – Encaminhamento para clinica convencionada

Sempre que fizerem participação do sinistro com pagamento de franquia para a seguradora, têm que enviar sempre também email com a participação e comprovativo de pagamento da franquia para: projetos@afviseu.pt

Necessário pagamento da franquia e envio do comprovativo p/ email: geral@trueclinic.pt

Situações de Urgência:

Atletas deverão dirigir-se ao Hospital Civil mais próximo e habilitar o Hospital com os dados do acidente (Apólice, data de acidente e nome Seguradora). Posteriormente e aquando o registo do processo/contacto junto da trueclinic, devem indicar que existiu assistência hospitalar.

Situações de sinistros fora de rede / reembolsos:

As comunicações devem ser enviadas para o e-mail sinistros.ap@aig.com com os elementos indicados no Manual de Procedimentos

Inserir Nome de Utilizador: afviseu

Inserir Password: Trueclinic2021



The image shows a login form for TrueClinic overlaid on a background of three healthcare professionals in white coats. The form includes the TrueClinic logo at the top, followed by the text 'O seu Prestador Clínico'. Below this are two input fields: 'Utilizador' with the text 'afviseu' and 'Palavra-passe' with a masked password '.....'. A blue 'Entrar' button is positioned below the password field. At the bottom of the form, the address 'True Clinic, Lda Rua Calouste Gulbenkian n° 241 4050-144 Porto.' is displayed.



Utilizador

afviseu

Palavra-passe

.....

Entrar

True Clinic, Lda Rua Calouste Gulbenkian n° 241 4050-144 Porto.

Submeter sinistro

Dados de época

Número de apólice

Escalão

Plafond

Franquia

Clube

Desporto

Não introduzir
o Clube



Participante

Tipo

Participante

Telefone

Email

Escolher o Tipo:
Clube

Indicar o nome
do Clube

Primeiro encaminhamento

Primeira assistência

Sinistrado

Nome

Género

Data de nascimento

Morada

Código postal

Distrito

Concelho

Freguesia

Nº de identificação

Nº de utente

NIF

Telefone

Email

Profissão

Dados do acidente

Causa

Data

Distrito

Concelho

Freguesia

Parte do corpo

Lesão produzida

Descrição

Local do sinistro

Documentos (Participação | Comprovativo franquia | Relatórios)

Participações
Nenhuma participação adicionada.

Comprovativos de franquia
Nenhum comprovativo de franquia adicionado.