

O preenchimento completo desta participação é fundamental para a rápida resolução deste processo. **É estritamente necessário identificar o nº de contribuinte da Pessoa Segura.**

PARTICIPAÇÃO COMUNICADA POR:

Nome: _____	Qualidade: _____	Contacto: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
Morada: _____		
Localidade _____	Código Postal _____	email: _____
Local: _____	Data: ____/____/____	Assinatura: _____ (conforme Bilhete de Identidade/Cartão do Cidadão)

TOMADOR DE SEGURO:

Nome: _____	Nº de apólice: _____	Nº de titular: _____	Nº Contribuinte: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
-------------	----------------------	----------------------	---------------------------------------

PESSOA SEGURA:

Nome: _____	Morada: _____	
Localidade _____	Código Postal _____	Tel contacto: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
Nº Contribuinte: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	BI/CC nº: _____	Nº de beneficiário Segurança Social _____
Profissão que exercia _____	Data em que iniciou atividade na última empresa: ____/____/____	
As informações prestadas estão corretas. Autorizo qualquer empregador, ex-empregador, departamento oficial ou qualquer outra pessoa a prestar informações à Seguradora ou seus representantes sobre este sinistro.		
Data ____/____/____	Assinatura Pessoa Segura _____	(conforme Bilhete de Identidade/Cartão do Cidadão)

FORMA DE PAGAMENTO – BENEFICIÁRIO 1:

Nome: _____	Contacto: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
Morada: _____	Código Postal: _____	
Nº Contribuinte: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	BI/CC nº: _____	Herdeiro Legal <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Transferência para a minha conta bancária	NIB: _	
Assinatura: _____	(conforme Bilhete de Identidade/Cartão do Cidadão)	

FORMA DE PAGAMENTO – BENEFICIÁRIO 2

Nome: _____	Contacto: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
Morada: _____	Código Postal: _____	
Nº Contribuinte: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	BI/CC nº: _____	Herdeiro Legal <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Transferência para a minha conta bancária	NIB: _	
Assinatura: _____	(conforme Bilhete de Identidade/Cartão do Cidadão)	

Esta participação de sinistro e todos os documentos associados, devem ser enviados para a Eurovida/Popular Seguros:
Remessa Livre nº 11256 1059-962 Lisboa (não necessita de selo)

RESERVADO AOS SERVIÇOS DA EUROVIDA /POPULAR SEGUROS /BANCO PARCEIRO:

Nº de processo de sinistro: _____

CONFERÊNCIA DE ASSINATURAS:

Carimbo:	Data:	Assinatura e identificação:

DOCUMENTOS A APRESENTAR OBRIGATORIAMENTE À SEGURADORA PARA A COBERTURA ACIONADA

Invalidez Absoluta e Definitiva

- 1. Declaração médica do delegado de saúde ou médico de família atestando a dependência de uma terceira pessoa para a prática de atos essenciais da vida corrente
- 2. Bilhete de Identidade e Cartão de Contribuinte ou Cartão do Cidadão da Pessoa Segura (fotocópia)
- 3. Bilhete de Identidade e Cartão de Contribuinte ou Cartão do Cidadão do Beneficiário caso seja diferente da Pessoa Segura (fotocópia)
- 4. Declaração da entidade bancária com o NIB para crédito, se o beneficiário for entidade bancária
- 5. Caso o beneficiário seja menor declaração da entidade bancária com prova de titularidade da conta pelo mesmo

Invalidez Total e Permanente (ITP)

- 1. Atestado médico de incapacidade passado pela autoridade competente
- 2. Cartão pensionista ou documento comprovativo de pensionista por invalidez da segurança social (ISSS-CNP)
- 3. Bilhete de Identidade e Cartão de Contribuinte ou Cartão do Cidadão da Pessoa Segura (fotocópia)
- 4. Declaração da entidade bancária com o NIB para crédito, se o beneficiário for entidade bancária
- 5. Caso o beneficiário seja menor declaração da entidade bancária com prova de titularidade da conta pelo mesmo

ITP por Doença – para além dos documentos acima deve anexar:

- 1. Relatório do médico assistente com data do(s) diagnóstico(s), exames e tratamentos efetuados (impresso anexo)

ITP por Acidente – para além dos documentos acima deve anexar:

- 1. Auto da ocorrência ou descrição do acidente

Incapacidade Total Permanente Acidente (ITPA)

- 1. Atestado médico de incapacidade passado pela autoridade competente
- 2. Cartão pensionista ou documento comprovativo de pensionista por invalidez da segurança social (ISSS-CNP) (fotocópia)
- 3. Auto da ocorrência ou descrição do acidente
- 4. Bilhete de Identidade e Cartão de Contribuinte ou Cartão do Cidadão da Pessoa Segura (fotocópia)
- 5. Declaração da entidade bancária com o NIB para crédito, se o beneficiário for entidade bancária

Incapacidade Permanente (IP)

- 1. Atestado médico de incapacidade passado pela autoridade competente
- Cartão pensionista ou documento comprovativo de pensionista por invalidez da segurança social (ISSS-CNP) (fotocópia)
- 2. Bilhete de Identidade e Cartão de Contribuinte ou Cartão do Cidadão da Pessoa Segura (fotocópia)
- 3. Declaração da entidade bancária com o NIB para crédito, se o beneficiário for entidade bancária

IP por Acidente – para além dos documentos acima deve anexar:

- 1. Auto da ocorrência ou descrição do acidente

Invalidez Profissional

- 1. Atestado médico exonerado pelos serviços de medicina de trabalho atestando a total incapacidade para a execução de tarefas fundamentais para a atividade profissional
- 2. Bilhete de Identidade e Cartão de Contribuinte ou Cartão do Cidadão da Pessoa Segura (fotocópia)
- 3. Declaração da entidade bancária com o NIB para crédito, se o beneficiário for entidade bancária
- 4. Caso o beneficiário seja menor declaração da entidade bancária com prova de titularidade da conta pelo mesmo

Incapacidade Temporária Absoluta para o Trabalho (ITAT)

- 1. Relatório entidade patronal (impresso anexo)
- 2. Declaração da entidade credora com: nº de contrato; data início; prazo; prestação mensal; saldo em dívida, se Popular Proteção Pagamentos
- 3. Bilhete de Identidade e Cartão de Contribuinte ou Cartão do Cidadão da Pessoa Segura (fotocópia)

ITAT por Doença – para além dos documentos acima deve anexar:

- 1. Atestado médico de incapacidade passado pela autoridade competente deverá ser renovado e enviado mensalmente sempre que complete mais de 30 dias de incapacidade
- 2. Relatório médico assistente com datas dos diagnósticos, exames e tratamentos efetuados (impresso anexo)

Incapacidade Temporária (IT)

- 1. Relatório entidade patronal (impresso anexo)
- 2. Declaração da entidade credora com: nº de contrato; data início; prazo; prestação mensal; saldo em dívida, se Popular Proteção Pagamentos
- 3. Bilhete de Identidade e Cartão de Contribuinte ou Cartão do Cidadão da Pessoa Segura (fotocópia)

ITAT / IT por Acidente – dependendo da ocorrência para além dos documentos acima deve anexar:

- 1. Atestado médico de incapacidade passado pela autoridade competente deverá ser renovado e enviado mensalmente sempre que complete mais de 30 dias de incapacidade
- 2. Relatório médico assistente com datas dos diagnósticos, exames e tratamentos efetuados (impresso anexo)

Eventualmente poderão ser solicitados outros elementos para avaliação do sinistro.

Este relatório que terá um tratamento ESTRITAMENTE CONFIDENCIAL destina-se a complementar o pedido de indemnização por:

- INCAPACIDADE TEMPORÁRIA ABSOLUTA PARA O TRABALHO**
 INCAPACIDADE TEMPORÁRIA

As questões colocadas são essenciais para a resolução deste processo, pelo que solicitamos que nos informe de todos os detalhes que considere úteis para a análise do sinistro.

A PREENCHER PELA SEGURADORA:

N.º Titular:	N.º Apólice:	N.º Processo de Sinistro:
--------------	--------------	---------------------------

1. PESSOA SEGURA / PACIENTE:

Nome: _____
Data de Nascimento: _____ Estado Civil: _____ Profissão: _____

2. QUE ELEMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA SEGURA LHE FORAM FACULTADOS?

Bilhete de Identidade / Cartão do Cidadão Cartão de Utente da Segurança Social Outro _____

3. EM CASO DE ACIDENTE

Descreva a situação clínica

3.1. DATA DO ACIDENTE

____/____/____

4. EM CASO DE DOENÇA

Diagnóstico preciso

4.1. DATA DE PRIMEIRO DIAGNÓSTICO

____/____/____

5. INDIQUE POR FAVOR

Manifestações
Datas que ocorreram:
Evolução

5.1. O PACIENTE FOI ENVIADO PARA MÉDICO ESPECIALISTA? SIM NÃO

Se sim detalhe:

6. É SEU MÉDICO ASSISTENTE? SIM NÃO

Desde quando: ____/____/____

6.1. HISTORIAL CLÍNICO ÚLTIMOS 5 ANOS

Data	Diagnóstico	Duração

RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (A PREENCHER PELO MÉDICO ASSISTENTE)

7. AS CONDIÇÕES ATRÁS REFERIDAS SÃO RELACIONADAS COM DANOS AUTO-INFLIGIDOS, PARTO, GRAVIDEZ OU ABORTO, CONSUMO DE ÁLCOOL OU DE DROGAS SEM PRESCRIÇÃO MÉDICA, GUERRA, COMOÇÕES CIVIS, DOENÇAS NERVOSAS OU SINTOMAS INEXPLICÁVEIS?

Sim Não

Se sim detalhe

8. OBSERVAÇÕES QUE O MÉDICO JULGUE CONVENIENTE FAZER

Nome do Médico (maiúsculas): _____

Nº de Cédula Profissional: _____

Centro de Saúde de _____

Assinatura: _____

Vinheta do Médico:

Vinheta ou Carimbo da Unidade de Saúde onde foi assistido, se aplicável:

Data: _____, _____/_____/_____

Este relatório destina-se a complementar o pedido de indemnização por Sinistro **INCAPACIDADE TEMPORÁRIA ABSOLUTA PARA O TRABALHO** e terá um tratamento ESTRITAMENTE CONFIDENCIAL.

As questões colocadas são essenciais para a resolução deste processo, pelo que solicitamos que nos informe de todos os detalhes que considere úteis para a análise do sinistro.

A PREENCHER PELA SEGURADORA:

N.º Titular:	N.º Apólice:	N.º Processo de Sinistro:
--------------	--------------	---------------------------

1. PESSOA SEGURA

Nome: _____

2. ENTIDADE PATRONAL

Nome: _____

3. DATA INÍCIO DO EMPREGO

____/____/____

4. DATA DA INCAPACIDADE PARA O TRABALHO

____/____/____

5. DATA DE RETORNO AO TRABALHO (SE FOR CASO)

____/____/____

6. FUNÇÃO QUE O EMPREGADO EXERCE NA EMPRESA

7. O EMPREGADO SOFREU ANTERIORMENTE DESTA DOENÇA/ACIDENTE ENQUANTO ESTAVA AO SEU SERVIÇO?

Sim Não

Se sim, detalhe _____

REPRESENTANTE DA ENTIDADE PATRONAL

Nome: _____

Função: _____

Data: ____/____/____

Assinatura + Carimbo (obrigatório): _____

TRABALHADORES POR CONTA PRÓPRIA

Natureza da Atividade: _____

Morada da Sociedade: _____

Localidade:	Código Postal:	Telefone da Sociedade:
-------------	----------------	------------------------

As informações prestadas estão corretas. Autorizo qualquer empregador, ex-empregador, departamento oficial ou qualquer outra pessoa a prestar informações à Seguradora ou seus representantes sobre este sinistro.

Assinatura _____ Data ____/____/____
(conforme Bilhete de Identidade/Cartão do Cidadão)

Anexar obrigatoriamente:

- Cópia da última declaração de IRS
- Documento comprovativo dos descontos para a Segurança Social