

DOCUMENTOS A APRESENTAR OBRIGATORIAMENTE À SEGURADORA PARA A COBERTURA ACIONADA:

Morte

- 1. Habilitação de Herdeiros
- 2. Assento de óbito
- 3. Certificado de óbito
- 4. Bilhete de Identidade e Cartão de Contribuinte ou Cartão de Cidadão dos Beneficiários (fotocópia)
- 5. Bilhete de Identidade e Cartão de Contribuinte ou Cartão de Cidadão da Pessoa Segura (fotocópia)
- 6. Declaração da entidade bancária com o NIB para crédito, se o beneficiário for entidade bancária
- 7. Caso o beneficiário seja menor declaração da entidade bancária com prova de titularidade da conta pelo mesmo

Em caso de Morte por Doença – para além dos documentos acima deve anexar:

- 1. Relatório médico com data dos diagnósticos, exames e tratamentos efetuados (impresso anexo)

Em caso de Morte Violenta – para além dos documentos acima deve anexar:

- 1. Auto da polícia, relatório da autópsia e decisão do processo judicial (se homicídio)

Em caso de Morte por Acidente ou Morte por Acidente de Circulação – para além dos documentos acima deve anexar:

- 1. Auto da ocorrência ou descrição do acidente
- 2. Relatório da autópsia

Caso se trate de um Produto Financeiro, deve apenas anexar:

- 1. Habilitação de Herdeiros
- 2. Assento de óbito
- 3. Bilhete de Identidade e Cartão de Contribuinte ou Cartão de Cidadão dos Beneficiários (fotocópia)
- 4. Bilhete de Identidade e Cartão de Contribuinte ou Cartão de Cidadão da Pessoa Segura (fotocópia)
- 5. Certidão do Registo Civil que comprove o regime de bens do casal, em caso de morte do cônjuge da Pessoa Segura e se PPR for bem comum do casal (exclusivo para PPR)

Eventualmente poderão ser solicitados outros elementos para avaliação do sinistro.

RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE

(A PREENCHER PELO MÉDICO ASSISTENTE)

Este relatório destina-se a complementar o pedido de indemnização por Sinistro **MORTE** 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 / PACIENTE:

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

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

<input type="checkbox"/> Bilhete de Identidade / Cartão do Cidadão <input type="checkbox"/> Cartão de Utente da Segurança Social <input type="checkbox"/> Outro _____

3. HÁ QUANTO TEMPO CONHECIA A PESSOA SEGURA?

4. DESDE QUANDO LHE PRESTAVA ASSISTÊNCIA?

5. QUE DOENÇA CAUSOU A MORTE?

6. A DOENÇA QUE FOI CAUSA DE MORTE ESTÁ LIGADA A PRIMITIVAS CONDIÇÕES MÓRBIDAS?

7. QUAIS OS SINTOMAS QUE LEVARAM AO DIAGNÓSTICO?

8. EM QUE DATA SE COMEÇARAM A MANIFESTAR?

____/____/____

9. QUAL A DATA DA PRIMEIRA CONSULTA EM QUE FORAM REFERENCIADOS?

____/____/____

10. EM QUE DATA INFORMOU A PESSOA SEGURA DA PATOLOGIA?

____/____/____

11. POR FAVOR, DÊ-NOS INFORMAÇÕES DETALHADAS ACERCA DO SEU PRINCÍPIO E EVOLUÇÃO:

12. QUAIS OS EXAMES COMPLEMENTARES E ANÁLISES EFETUADAS E SEUS RESULTADOS:

Se possível anexar cópias dos mesmos

13. OBSERVAÇÕES ADICIONAIS QUE CONSIDERE CONVENIENTES EFETUAR:

Data: _____, ____/____/____

Assinatura: _____

Vinheta do Médico:

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