



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?

Bilhete de Identidade / Cartão do Cidadão  Cartão de Utente da Segurança Social  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: