REAL VIDA SEGUROS

Participação de Sinistro

REAL VIDA SEGUROS, S.A.

Sede: Av. de França, 316 - 2º, Edifício Capitólio
4050-276 Porto

Tel.: 220 410 700
Fax: 220 410 706
www.realvidaseguros.pt

Apólice N.º ☐☐ / ☐☐☐☐☐☐

Tomador do Seguro (Nome Completo) _____

_____

Pessoa Segura (Nome Completo) _____

_____

NIF Pessoa Segura ☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Motivo do sinistro e documentação obrigatória

Deverá ser assinalado abaixo o motivo do sinistro bem como a documentação que anexa à presente participação.

Os documentos que contenham dados relativos à saúde da Pessoa Segura destinam-se exclusivamente à análise do sinistro por Médico designado pela Real Vida Seguros.

Todos os documentos solicitados, excepto os documentos oficiais de identificação (ex: B.I./C.C.) deverão ser originais ou cópias devidamente autenticadas.

☐ MORTE

☐ **Certificado de Óbito**

O documento referido indica sempre a causa da morte.

☐ **Relatório do Médico Assistente**

O relatório deverá ser passado pelo Médico Assistente(*) e referir de forma detalhada a data de diagnóstico, histórico da evolução da doença, ou circunstâncias do acidente que motivou a morte.

Deverão ser referidas todas as patologias diagnosticadas, bem como os factores de risco que possam estar na base da doença que provocou a morte.

Se a causa da morte for traumática, informar o tipo de acidente bem como as circunstâncias em que ocorreu, devendo, caso exista, anexar cópia do Auto de Ocorrência com indicação da taxa de alcoolemia.

(*) Entende-se por Médico Assistente o médico que acompanhou clinicamente a Pessoa Segura durante a sua vida e que conhece o seu historial clínico. Não será, no caso de morte por doença, suficiente a informação do médico que assistiu a Pessoa Segura apenas na sua morte, por desconhecimento do seu passado clínico.

☐ **Relatório da Autópsia sempre que a mesma tenha sido realizada**

☐ **Cópia do Cartão de Cidadão ou do Bilhete de Identidade da Pessoa Segura**

☐ **Certidão de Habilitação de Herdeiros**

Apenas deverá ser apresentada caso os Beneficiários não estejam designados de forma específica e individualizada na apólice.

☐ **Fotocópia do Cartão de Cidadão ou do Bilhete de Identidade e Cartão de Contribuinte do(s) Beneficiário(s)**

Quando os Beneficiários não forem designados de forma individualizada na apólice, deverão ser entregues os documentos de identificação dos herdeiros legais que se encontrarem referidos na Habilitação de Herdeiros bem como documento de identificação fiscal da herança.

☐ **Certidão de Nascimento do(s) filho(s) menores ou cópia do(s) respectivos Bilhete de Identidade/Cartão de Cidadão** (se aplicável)

☐ **Declaração da entidade beneficiária, original e em papel timbrado, a informar o capital em dívida à data do óbito** (se aplicável)

☐ **Certidão de Casamento da Pessoa Segura** (aplicável apenas no caso de accionada a garantia ''Duplo Efeito'')

☐ INVALIDEZ ABSOLUTA E DEFINITIVA

☐ **Atestado Médico de Incapacidade ''Multiuso''**, emitido pela Junta Médica da respectiva Sub-região de Saúde ou documento do Tribunal do Trabalho atestando a invalidez.

O documento em causa deverá certificar a situação definitiva da invalidez e respectiva percentagem de desvalorização atribuída.

☐ **Relatório do Médico Assistente**

O relatório deverá ser passado pelo Médico Assistente(*) e referir de forma detalhada a data de diagnóstico, histórico da evolução da doença, ou circunstâncias do acidente que motivou a invalidez.

Deverão ser referidas todas as patologias diagnosticadas, bem como os factores de risco que possam estar na base da doença que provocou a invalidez.

Se a causa da invalidez for traumática, informar o tipo de acidente bem como as circunstâncias em que ocorreu, devendo caso exista, anexar cópia do Auto de Ocorrência respectivo com indicação da taxa de alcoolemia.

Do relatório referido, deverá poder atestar-se de forma inequívoca da incapacidade da Pessoa Segura para os actos normais da vida corrente, independentemente da mesma ter ou não exercido qualquer actividade remunerada, e da sua incapacidade simultânea para o exercício da sua actividade profissional.

A Pessoa Segura deverá estar num estado de dependência total de terceiros para actos ordinários como comer, andar, vestir, etc.

(*) Entende-se por Médico Assistente o médico que acompanha ou acompanhou clinicamente a Pessoa Segura e que conhece o seu historial clínico.

☐ **Cópia do Cartão de Cidadão ou do Bilhete de Identidade da Pessoa Segura**

☐ **Fotocópia do Cartão de Cidadão ou do Bilhete de Identidade e Cartão de Contribuinte do(s) Beneficiário(s) designados na Apólice**

☐ **Certidão de Nascimento do(s) filho(s) menores ou cópia do(s) respectivos Bilhete de Identidade/Cartão de Cidadão** (se aplicável)

☐ **Declaração da entidade beneficiária, original e em papel timbrado, a informar o capital em dívida à data do sinistro** (se aplicável)

Mod. RVG000511/04-0717

☐ INVALIDEZ TOTAL E PERMANENTE

☐ **Atestado Médico de Incapacidade ''Multiuso''**, emitido pela Junta Médica da respectiva Sub-região de Saúde ou documento do Tribunal do Trabalho atestando a invalidez.

O documento em causa deverá certificar a situação permanente da invalidez e respectiva percentagem de desvalorização atribuída.

☐ **Relatório do Médico Assistente**

O relatório deverá ser passado pelo Médico Assistente(*) e referir de forma detalhada a data de diagnóstico, histórico da evolução da doença, ou circunstâncias do acidente que motivou a invalidez.

Deverão ser referidas todas as patologias diagnosticadas, bem como os factores de risco que possam estar na base da doença que provocou a invalidez.

Se a causa da invalidez for traumática, informar o tipo de acidente bem como as circunstâncias em que ocorreu, devendo, caso exista, anexar cópia do Auto de Ocorrência respectivo com indicação da taxa de alcoolemia.

(*)Entende-se por Médico Assistente o médico que acompanha ou acompanhou clinicamente a Pessoa Segura e que conhece o seu historial clínico.

☐ **Documento oficial e comprovativo da situação de reforma por Invalidez**

☐ **Cópia do Cartão de Cidadão ou do Bilhete de Identidade da Pessoa Segura**

Quanto aos Beneficiários (apenas no caso de não ser a Pessoa Segura)

☐ **Fotocópia do Cartão de Cidadão ou do Bilhete de Identidade e Cartão de Contribuinte do(s) Beneficiário(s)**

☐ **Certidão de Nascimento do(s) filho(s) menores ou cópia do(s) respectivos Bilhete de Identidade/Cartão de Cidadão** (se aplicável)

☐ **Declaração da entidade beneficiária, original e em papel timbrado, a informar o capital em dívida à data do sinistro** (se aplicável)

☐ HOSPITALIZAÇÃO/PARTO

☐ **Relatório do Médico Assistente** que refira de forma detalhada as afecções patológicas ou traumáticas que motivaram a hospitalização, bem como todo o tratamento ministrado e as datas em que as mesmas se manifestaram (cada uma das afecções).

Se a causa for traumática, informar o tipo de ocorrência bem como as circunstâncias em que ocorreu, devendo, caso exista, anexar cópia do Auto de Ocorrência respectivo com indicação da taxa de alcoolemia. (n.a. Parto)

☐ **Documentos originais comprovativos das despesas efectuadas**(*), devendo os mesmos cumprir, cumulativamente os seguintes requisitos:

- Passado em papel timbrado e devidamente formalizado, datado e assinado;
- Identificação clara do nome completo do doente (Pessoa Segura);
- Descrição e/ou identificação do(s) serviço(s) prestado(s);
- Discriminação das despesas efectuadas, nomeadamente quanto ao número de dias de hospitalização.

(*)Se a Pessoa Segura necessitar dos originais para efeito de pedido de reembolso a outra entidade poderá apresentar fotocópias que deverão ser acompanhadas de documento original que faça prova do montante despendido e do reembolso recebido.

☐ **Cópia do Cartão de Cidadão ou do Bilhete de Identidade da Pessoa Segura**

☐ INCAPACIDADE TEMPORÁRIA PARA O TRABALHO

☐ **Relatório do Médico Assistente** que refira o âmbito das afecções patológicas ou traumáticas que motivaram a incapacidade temporária para o trabalho, bem como o grau e o carácter temporário da mesma ou documento do Tribunal do Trabalho atestando a invalidez.

Se a causa for traumática, informar o tipo de ocorrência bem como as circunstâncias em que ocorreu, devendo, caso exista, anexar cópia do Auto de Ocorrência respectivo com indicação da taxa de alcoolemia.

☐ **Certificado de Incapacidade Temporária para o Trabalho**

☐ **Declaração de Alta Médica, quando obtida, passada pelo Médico Assistente**

☐ **Cópia do Cartão de Cidadão ou do Bilhete de Identidade da Pessoa Segura**

Mod. RVG000511/04-0717

☐ DOENÇA GRAVE

☐ Cancro

☐ Enfarte do Miocárdio

☐ Acidente Vascular Cerebral (AVC)

☐ Cirurgia de "By-Pass" Coronário

☐ Insuficiência Renal Terminal

☐ Transplante de um Orgão Principal

☐ **Relatório do Médico Assistente**

O relatório deverá ser passado pelo Médico Assistente(*) e referir de forma detalhada a data de diagnóstico e histórico da evolução da doença. Este relatório deverá ser remetido nos 60 dias que se seguirem ao diagnóstico da doença.

Deverão ser referidas todas as patologias conhecidas e respectivas datas de diagnostico, bem como os factores de risco que possam estar directa ou indirectamente relacionados com a doença em causa.

(*) Entende-se por Médico Assistente o médico que acompanha ou acompanhou clinicamente a Pessoa Segura e que conhece o seu historial clínico.

☐ **Relatório de internamento e alta médica** (se aplicável)

☐ **Cópia do Cartão de Cidadão ou do Bilhete de Identidade da Pessoa Segura**

Informação: Não obstante o envio da documentação referida, a Real Vida Seguros reserva-se o direito de solicitar elementos e informações adicionais que forem necessários para conhecimento da natureza e extensão das suas responsabilidades.

Qualidade em que assina a Participação de Sinistro (ex: Pessoa Segura, Beneficiário, etc.) _____

Data ____ ____ ____

_____
(Assinatura)

Mod. RVG00511/04-0717