Participação Sinistros Acidentes Pessoais

REAL VIDA SEGUROS, S.A.
Sede: Av. de França, 316 - 5º, Edifício Capitólio
4050-276 Porto
Tel.: 220 410 700 (custo de chamada para a rede fixa nacional)
www.realvidaseguros.pt

Apólice N.º ⌊_⌋⌊_⌋ / ⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋

Sinistro N.º _____

1. O preenchimento completo desta participação é fundamental para a rápida análise do sinistro.
2. Para completar a instrução do processo de sinistro deverão ser anexados os documentos referidos por cobertura a acionar.
3. Os procedimentos para a participação do sinistro são os referidos na presente Participação de Sinistro.

TOMADOR DO SEGURO

Nome (completo) _____ NIF ⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋

E-mail _____ Telemóvel _____ Telefone _____

IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA SEGURA - SINISTRADO

Nome (completo) _____ NIF ⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋

E-mail _____ Telemóvel _____ Telefone _____

Morada _____

Cód. Postal ⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋ - ⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋ _____ Localidade _____

Profissão _____

Representante Legal (caso a Pessoa Segura seja menor)

Nome (completo) _____ NIF ⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋

E-mail _____ Telemóvel _____ Telefone _____

Morada _____

Cód. Postal ⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋ - ⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋ _____ Localidade _____

DESCRIÇÃO DO SINISTRO

Data ⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋ ⌊_⌋⌊_⌋ ⌊_⌋⌊_⌋ Hora ⌊_⌋⌊_⌋ ⌊_⌋⌊_⌋ Local _____

_____

Descrição pormenorizada do sinistro/ocorrência _____

_____

_____

_____

Danos ocorridos/sofridos _____

_____

O sinistro relaciona-se com a sua Actividade Profissional ☐ Não ☐ Sim

O sinistro encontra-se coberto por alguma apólice de Acidente de Trabalho ☐ Não ☐ Sim Se sim, em que Segurador? _____

Nº Apólice e/ou Nome da Entidade Patronal _____

Acidente de Viação? ☐ Não ☐ Sim Se sim, informe a matricula do veículo _____-_____-_____

Identificação das Testemunhas (se as houver): _____

As autoridades tomaram nota da ocorrência ☐ Não ☐ Sim ☐ GNR ☐ PSP

Posto/Brigada/Esquadra _____ Nº Processo _____

RVG000527/06-1126

PRESTAÇÕES DE ASSISTÊNCIA MÉDICA

Assistência prestada imediatamente após sinistro _____

_____

_____

Nome do médico _____

Houve recurso a Hospital/Entidade Clínica? ☐ Não ☐ Sim Qual? _____

Houve internamento? ☐ Não ☐ Sim

OUTRAS INFORMAÇÕES

A Pessoa Segura – Sinistrado está a coberta(o) de outras apólices de Acidentes Pessoais? ☐ Não ☐ Sim

Em caso afirmativo, indicar Segurador, nº Apólice, riscos cobertos e respectivos valores seguros: _____

_____

_____

OBSERVAÇÕES

_____

_____

_____

_____

_____

_____

DECLARAÇÕES/AUTORIZAÇÕES

1 - Confirmo a exactidão da informação prestada.

2- Autorizo na qualidade de Pessoa Segura qualquer hospital, médico, empregador, ex-empregador, departamento oficial ou qualquer outra pessoa a prestar informações à Real Vida Seguros, S.A., ou seus representantes, sobre este sinistro.

3 - Declaro que concordo e autorizo que os meus dados pessoais sejam objecto de tratamento pela Real Vida Seguros, com base na Política de Privacidade da Real Vida Seguros, cujo conteúdo li e compreendi, para efeitos de comunicação e regularização de sinistro, sob qualquer formato, incluindo correio, correio electrónico, SMS e contacto telefónico.

4- Quaisquer omissões, inexactidões e falsidades, referentes ou relacionadas com a informação necessária para o tratamento de dados efectuado no âmbito da relação contratual, são da responsabilidade do titular dos dados.

Data |_|_|_|_| |_|_| |_|_|

_____
(Assinatura do Tomador do Seguro conforme B.I./C.C.)

*Caso a Pessoa segura seja menor, assinatura do Representante Legal

_____
(Assinatura da Pessoa Segura conforme B.I./C.C.)*

Qualidade em que assina a Participação de Sinistro (se diferente do Tomador do Seguro ou Pessoa Segura) _____

Data |_|_|_|_| |_|_| |_|_|

_____
(Assinatura conforme B.I./C.C.)

RVG000527/06-1126

Relatório Médico

RELATÓRIO MÉDICO (A preencher pelo Médico Assistente da Pessoa Segura)

As questões expostas são essenciais para a resolução deste processo, são confidenciais e de uso reservado, só podendo ser prestadas com o devido consentimento da Pessoa Segura. Solicitamos o preenchimento com letra legível.

Pessoa Segura – Sinistrado (Nome) _____

1. Em caso de acidente descreva a situação clínica _____

_____

Primeira observação |_|_|_|_| |_|_| |_|_|

As lesões apresentadas relacionam-se com o sinistro/ocorrência? _____

_____

Diagnóstico _____

_____

_____

Foi ou vai ser feito algum exame complementar de diagnóstico? ☐ Não ☐ Sim Qual? _____

_____

2. Em caso de doença - Diagnóstico preciso _____

Data do primeiro diagnóstico |_|_|_|_| |_|_| |_|_|

2.1. Indique por favor: _____

Manifestações _____

_____

Datas em que ocorreram _____

Evolução _____

_____

2.2. O paciente foi enviado para Médico Especialista? ☐ Não ☐ Sim

Se sim, detalhe _____

3. É seu Médico Assistente? ☐ Não ☐ Sim

Desde quando |_|_|_|_| |_|_| |_|_|

3.1. Historial clínico dos últimos 5 anos:

Data	Diagnóstico	Duração

Observação que entenda conveniente para esclarecimento das lesões apresentadas ou patologias que estão na origem ou contribuíram para o sinistro em causa

_____

_____

_____

_____

Nome do Médico (maiúsculas) _____

Nº da Cédula Profissional _____ Telefone _____

Centro de Saúde _____

(vinheta)

Data |_|_|_|_| |_|_| |_|_| _____

(Assinatura do Médico)

RVG000527/06-1126

Documentos a apresentar

Documentação obrigatória a apresentar de acordo com a cobertura a accionar.

☐ MORTE

- ☐ **Certificado de Óbito**
  O documento referido indica sempre a causa da morte
- ☐ **Auto da Ocorrência da autoridade competente** (se aplicável)
- ☐ **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** (caso os Beneficiários não estejam designados de forma específica e individualizada na apólice)
- ☐ **Cópia 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)
- ☐ **Comprovativo de Rendimento de Trabalho (por conta própria ou por conta de outrém)**

☐ INVALIDEZ 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
- ☐ **Relatório Médico com as lesões sofridas e o grau de desvalorização da Invalidez Permanente atribuído com base na tabela de desvalorização de Acidentes Pessoais que faz parte integrante das Condições Gerais**
- ☐ **Auto da ocorrência do acidente** (se aplicável)
- ☐ **Comprovativo de Rendimento de Trabalho (por conta própria ou por conta de outrém)**

☐ DESPESAS DE FUNERAL

- ☐ **Recibo original da despesa do funeral**
- ☐ **Documento de identificação do responsável pelo pagamento**
- ☐ **Comprovativo de Rendimento de Trabalho (por conta própria ou por conta de outrém)**
- ☐ **Comprovativo de NIB com identificação do responsável pelo pagamento**

☐ DESPESAS DE TRATAMENTO E/OU REPATRIAMENTO

- ☐ **Relatório médico com informação clínica circunstanciada**
- ☐ **Nota de Alta Hospitalar e Declaração de Internamento**
- ☐ **Apresentação de facturas/recibos originais - Hospital e Farmácia**
  (Despesas de farmácia deverão ser acompanhadas da prescrição clínica, receita)
- ☐ **Comprovativo de Rendimento de Trabalho (por conta própria ou por conta de outrém)**
- ☐ **Comprovativo de NIB com identificação da Pessoa Segura**

☐ INCAPACIDADE TEMPORÁRIA

- ☐ **Certificado de Incapacidade Temporária para o Trabalho**
- ☐ **Atestado Médico**, documento substituto da baixa médica para quem não exerce profissão remunerada, emitido pelo Médico de Família do Centro de Saúde. Deste Atestado Médico deverá constar que a pessoa se encontra inibida pelo período de tempo determinado (a indicar) de realizar os actos normais da sua vida doméstica e social e qual o motivo.
- ☐ **Exames Auxiliares de Diagnóstico**
- ☐ **Declaração de Alta Médica, quando obtida, passada pelo Médico Assistente**
- ☐ **Comprovativo de Rendimento de Trabalho (por conta própria ou por conta de outrem)**
- ☐ **Comprovativo de quebra salarial verificada, nos casos de Incapacidade Temporária Parcial**
- ☐ **Cópia do Cartão de Cidadão ou do Bilhete de Identidade da Pessoa Segura**
- ☐ **Comprovativo de NIB com identificação da Pessoa Segura**

RVG000527/06-1126

Documentos a apresentar

☐ INCAPACIDADE TEMPORÁRIA ABSOLUTA POR INTERNAMENTO HOSPITALAR

- ☐ **Declaração do Hospital com referência ao motivo do internamento e respectivo período**
- ☐ **Cópia do Cartão de Cidadão ou do Bilhete de Identidade da Pessoa Segura**
- ☐ **Comprovativo de Rendimento de Trabalho (por conta própria ou por conta de outrem)**
- ☐ **Comprovativo de NIB com identificação 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.

Procedimentos

PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

O sinistro deve ser participado formalmente no prazo de 8 dias imediatos à ocorrência, através do preenchimento e envio da presente Participação de Sinistro. Deverá dentro do possível ser anexada a documentação referida como necessária à instrução do processo.
A participação deve ser remetida para:

Email: info.clientes@realvidaseguros.pt
Assunto: Participação de Sinistro – Apólice nº xx/xxxxxx
Morada: Real Vida Seguros S.A.
Av. de França, 316 - Edifício Capitólio
4050-276 Porto

SITUAÇÕES URGENTES (Casos em que se encontra garantido pela apólice **Despesas de Tratamento**)

Nas situações em que a gravidade ou urgência da lesão obriguem a que o sinistrado tenha assistência imediata, devem ser cumpridas as seguintes regras:

1. Após a ocorrência de um acidente de comprovada urgência médica, o sinistrado deverá ser encaminhado de imediato para a urgência do hospital mais próximo e dar conhecimento imediato do sinistro através do nº de assistência 220 410 700 (custo de chamada para a rede fixa nacional) a fim de ser encaminhado para assistência médica em Rede convencionada a indicar pelo Segurador.
2. Ultrapassada a situação de urgência, o sinistrado deverá solicitar os relatórios e exames médicos que tenha realizado no hospital e efectuar a participação de sinistro.
3. Nos casos em que, decorrente de sinistro coberto pelas garantias da apólice, a Pessoa Segura necessite de intervenção cirúrgica de urgência fora da rede convencionada, apenas será autorizada no Hospital Público, onde o sinistrado recorre ao serviço de urgência à data do acidente. Deverá o sinistrado solicitar junto do hospital a nota de alta e o relatório de urgência para envio à Real Vida Seguros, S.A..

Para qualquer informação adicional poderá contactar a Real Vida Seguros, S.A. através da linha de apoio 220 410 700 (custo de chamada para a rede fixa nacional) ou através do contacto de email info.clientes@realvidaseguros.pt.

RVG000527/06-1126