

PRESTAÇÕES DE ASSISTÊNCIA MÉDICAAssistência 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 SimEm 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.)

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 _____

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

(Assinatura do Médico)

(vinheta)

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

 MORTE Certificado de ÓbitoO 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 outrem) 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 outrem) 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 outrem) 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 outrem) Comprovativo de NIB com identificação da Pessoa Segura INCAPACIDADE TEMPORÁRIA Certificado de Incapacidade Temporária para o Trabalho Atestado Médico, documento substituído 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

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 808 20 14 20 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 808 20 14 20 ou através do contacto de email info.clientes@realvidaseguros.pt.