

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.)

(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.)

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)

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)

DESPESAS DE TRATAMENTO

- Relatório médico com informação sobre as lesões decorrentes do acidente, bem como respectivas medidas para tratamento**
- Declaração de Internamento e Nota de Alta Hospitalar**
- Apresentação de facturas/recibos originais das despesas efectuadas no âmbito do tratamento realizado** (Despesas de farmácia deverão ser acompanhadas da prescrição clínica, receita)
- Cópia do Cartão de Cidadão ou do Bilhete de Identidade da Pessoa Segura**
- Comprovativo de NIB com identificação da Pessoa Segura**

INCAPACIDADE TEMPORÁRIA ABSOLUTA POR INTERNAMENTO HOSPITALAR

- Declaração do Hospital com referência ao motivo do internamento e respectivo período. Caso se tenha verificado internamento em UCI a declaração solicitada deverá referir o período específico em que este ocorreu.**
- Cópia do Cartão de Cidadão ou do Bilhete de Identidade da Pessoa Segura**
- Comprovativo de NIB com identificação da Pessoa Segura**

INCAPACIDADE TEMPORÁRIA ABSOLUTA - CONVALESCENÇA HOSPITALIZAÇÃO

- Certificado de Incapacidade Temporária para o Trabalho**
- Declaração de Alta Hospitalar**
- Cópia do Cartão de Cidadão ou do Bilhete de Identidade da Pessoa Segura**
- Comprovativo de NIB com identificação da Pessoa Segura**

FRACTURA OSSOS

- Relatório Médico ou Hospitalar com identificação das lesões/fracturas**
- Cópia Exames Auxiliares de Diagnóstico**
- Cópia do Cartão de Cidadão ou do Bilhete de Identidade da Pessoa Segura**
- Comprovativo de NIB com identificação da Pessoa Segura**

DESPESAS DE FUNERAL

- Factura/Recibo original da despesa do funeral**
- Documento de identificação do responsável pelo pagamento**
- Comprovativo de NIB com identificação do responsável pelo pagamento**

GARANTIA COMPLEMENTAR INTERNACIONAL

A participação deverá ser efectuada, através da linha telefónica de serviço permanente (24 horas), indicando os dados pessoais abaixo:

- Nome da Pessoa Segura (sinistrado);
- Número da Apólice;
- Nome do Tomador do Seguro;
- Data e Local do sinistro;
- Descrição do sinistro;
- Contacto telefónico.

Linha de Assistência: +351 210 425 155

Sempre que a gravidade ou urgência da lesão obrigarem a que o sinistrado seja transportado para hospital, deve o contacto ser efectuado logo que a situação o permita.

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 - 5º - Edifício Capitólio
4050-276 Porto

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.