Santander Totta
SEGUROS

PARTICIPAÇÃO DE SINISTRO
DOENÇAS GRAVES

O preenchimento completo desta participação é fundamental para a rápida resolução deste processo. **É estritamente necessário identificar o nº de contribuinte da Pessoa Segura.**

PARTICIPAÇÃO COMUNICADA POR:

Nome: _____ Qualidade: _____ Contacto: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Morada: _____

Localidade _____ Código Postal _____- ____ _____ email: _____

Local:_____ Data: _____/_____/_____ Assinatura: _____
(conforme Bilhete de Identidade/Cartão do Cidadão)

TOMADOR DE SEGURO:

Nome: _____

Nº de apólice:_____ Nº de titular:_____ Nº Contribuinte: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|

PESSOA SEGURA:

Nome: _____

Morada: _____

Localidade _____ Código Postal _____- ____ _____ Telefone p/ contacto: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Nº Contribuinte: |__|__|__|__|__|__|__|__|__| BI/CC.. nº: _____

Declaro que as informações prestadas estão corretas. Considerando a eventualidade de ser necessária uma quantificação exata do dano corporal autorizo a seguradora a proceder a marcação do exame num perito externo especialista em avaliação de dano.

Data _____/____/____ Assinatura Pessoa Segura (conforme Bilhete de Identidade/Cartão do Cidadão) _____

FORMA DE PAGAMENTO:

☐ O valor a indemnizar será creditado no NIB através do qual é feita a cobrança dos prémios da apólice.

☐ O valor a indemnizar será creditado no IBAN nº PT 50 |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| (**Deve apresentar comprovativo da titularidade do NIB/IBAN do beneficiário relativamente à conta bancária indicada para pagamento da indemnização.)**

Data: _____/____/____ Assinatura (conforme Bilhete de Identidade/Cartão do Cidadão) _____

DOCUMENTOS A APRESENTAR OBRIGATORIAMENTE À SEGURADORA PARA A COBERTURA ACIONADA

☐ **Acidente Vascular Cerebral (AVC)**
☐ 1. Relatório médico emitido por médico especialista em neurologia acompanhado dos resultados da tomografia axial computorizada e/ou ressonância nuclear magnética do cérebro
☐ 2. Bilhete de Identidade e Cartão de Contribuinte ou Cartão do Cidadão da Pessoa Segura (fotocópia)

☐ **Cancro**
☐ 1. Relatório médico emitido por médico especialista em oncologia acompanhado do resultado dos exames histológicos
☐ 2. Bilhete de Identidade e Cartão de Contribuinte ou Cartão do Cidadão da Pessoa Segura (fotocópia)

☐ **Doença Coronária com indicação cirúrgica**
☐ 1. Relatório médico emitido por médico especialista acompanhado do resultado de meios complementares de diagnóstico realizados, em qualquer um dos casos
☐ 2. Bilhete de Identidade e Cartão de Contribuinte ou Cartão do Cidadão da Pessoa Segura (fotocópia)

☐ **Insuficiência Renal Crónica**
☐ 1. Relatório médico, emitido por médico especialista, detalhado da doença acompanhado dos resultados dos exames que comprovem a natureza da lesão e de comprovativo da inscrição num centro de diálise
☐ 2. Bilhete de Identidade e Cartão de Contribuinte ou Cartão do Cidadão da Pessoa Segura (fotocópia)

☐ **Doença de Alzheimer/Demência Grave**
☐ 1. Relatório médico emitido por médico especialista em neurologia acompanhado do resultado de meios complementares de diagnóstico realizados que devem incluir resultados clínicos cognitivos e neuroradiológicos (por ex. TAC, RMN ou PET do cérebro)
☐ 2. Bilhete de Identidade e Cartão de Contribuinte ou Cartão do Cidadão da Pessoa Segura (fotocópia)

☐ **Doença de Parkinson**
☐ 1.Relatório médico emitido por médico especialista em neurologia
☐ 2. Bilhete de Identidade e Cartão de Contribuinte ou Cartão do Cidadão da Pessoa Segura (fotocópia)

☐ **Enfarte Agudo do Miocárdio**
☐ 1.Relatório médico emitido por médico especialista em cardiologia acompanhado do resultado de meios complementares de diagnóstico realizados
☐ 2. Bilhete de Identidade e Cartão de Contribuinte ou Cartão do Cidadão da Pessoa Segura (fotocópia)

☐ **Esclerose Múltipla**
☐ 1.Relatório médico emitido por médico especialista em neurologia acompanhado do resultado dos meios complementares de diagnóstico realizados
☐ 2. Bilhete de Identidade e Cartão de Contribuinte ou Cartão do Cidadão da Pessoa Segura (fotocópia)

☐ **Paralisia Combinada de Membros**
☐ 1.Relatório médico emitido por médico especialista em neurologia acompanhado do resultado de meios complementares de diagnóstico realizados
☐ 2. Bilhete de Identidade e Cartão de Contribuinte ou Cartão do Cidadão da Pessoa Segura (fotocópia)

☐ **Cegueira**
☐ 1. Relatório médico emitido por médico especialista em oftalmologia acompanhado do resultado dos meios complementares de diagnóstico realizados
☐ 2. Bilhete de Identidade e Cartão de Contribuinte ou Cartão do Cidadão da Pessoa Segura (fotocópia)

☐ **Grandes Queimaduras**
☐ 1. Relatório médico emitido por médico especialista em cirurgia plástica e comprovado clinicamente por resultados específicos pelo método Lund Browder ou por um calculador de área queimada equivalente
☐ 2. Bilhete de Identidade e Cartão de Contribuinte ou Cartão do Cidadão da Pessoa Segura (fotocópia)

☐ **Transplante de Órgãos Vitais**
☐ 1. Relatório médico emitido por médico especialista acompanhado do resultado de meios complementares de diagnóstico realizados, em qualquer um dos casos
☐ 2. Bilhete de Identidade e Cartão de Contribuinte ou Cartão do Cidadão da Pessoa Segura (fotocópia)

Eventualmente poderão ser solicitados outros elementos para avaliação do sinistro.

Esta participação de sinistro e todos os documentos associados, devem ser enviados para a Santander Totta Seguros:
Remessa Livre nº 11256 1059-962 Lisboa (não necessita de selo)

RESERVADO AOS SERVIÇOS DA SANTANDER TOTTA SEGUROS /BANCO PARCEIRO:

Nº de processo de sinistro:

Área reservada ao Banco Santander Totta, S.A
para conferência de assinaturas
e de titularidade da conta bancária

_____
(carimbo e assinatura numerada)

SANTANDER TOTTA SEGUROS COMPANHIA DE SEGUROS DE VIDA, S.A. – Capital Social: 47.250.000,00 € - C.R.C. Lisboa com o NIPC 505 297 213 – Sede: Rua da Mesquita, nº 6, Torre A – 2º, 1070 - 238 LISBOA