

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	Tel contacto:
Nº Contribuinte:	BI/CC nº:	Nº de beneficiário Segurança Social
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 IBAN PT 50 _____ <b>Deve apresentar comprovativo da titularidade do IBAN do beneficiário relativamente à conta bancária indicada para pagamento da indemnização. No caso de beneficiário menor, o valor será depositado na conta do menor podendo por si ser levantado na maioridade</b>		
Data ____/____/____	Assinatura _____	(conforme Bilhete de Identidade/Cartão do Cidadão)

## DOCUMENTOS A APRESENTAR OBRIGATORIAMENTE À SEGURADORA PARA A COBERTURA ACIONADA

<input type="checkbox"/> 1. Declaração da unidade hospitalar onde conste nome do sinistrado, período de hospitalização e motivo. Este documento deverá ser renovado e enviado mensalmente à Seguradora (se aplicável)
<input type="checkbox"/> 2. Declaração da entidade credora com: nº de contrato; data início; prazo, prestação mensal; saldo em dívida, se Popular Proteção Pagamentos
<input type="checkbox"/> 3. 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:
-----------------------------

## CONFERÊNCIA DE ASSINATURAS:

Área reservada ao Banco Parceiro para conferência de assinaturas e de titularidade da conta bancária	_____ (carimbo e assinatura numerada)
--	---------------------------------------

Este relatório destina-se a complementar o pedido de indemnização por **HOSPITALIZAÇÃO** e terá um tratamento **ESTRITAMENTE CONFIDENCIAL**.

As questões colocadas são essenciais para a resolução deste processo, pelo que solicitamos que nos informe de todos os detalhes que considere úteis para a análise do sinistro.

**A PREENCHER PELA SEGURADORA:**

N.º Titular:	N.º Apólice:	N.º Processo de Sinistro:
--------------	--------------	---------------------------

**1. PESSOA SEGURA / PACIENTE:**

Nome: _____
Data de Nascimento: _____ Estado Civil: _____ Profissão: _____
Data de Hospitalização: _____

**2. QUE ELEMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA SEGURA LHE FORAM FACULTADOS?**

<input type="checkbox"/> Bilhete de Identidade / Cartão do Cidadão	<input type="checkbox"/> Cartão de Utente da Segurança Social	<input type="checkbox"/> Outro: _____
--	---	---------------------------------------

**3. HÁ QUANTO TEMPO CONHECE A PESSOA SEGURA?**

_____
-------

**4. DESDE QUANDO LHE PRESTA ASSISTÊNCIA?**

_____
-------

**5. QUE DOENÇA CAUSOU A HOSPITALIZAÇÃO?**

_____
-------

**6. A DOENÇA QUE FOI CAUSA DE HOSPITALIZAÇÃO ESTÁ LIGADA A PRIMITIVAS CONDIÇÕES MÓRBIDAS?**

_____
-------

**7. QUAIS OS SINTOMAS QUE LEVARAM AO DIAGNÓSTICO?**

_____
-------

**8. EM QUE DATA SE COMEÇARAM A MANIFESTAR?**

____/____/____
----------------

**9. QUAL A DATA DA PRIMEIRA CONSULTA EM QUE FORAM REFERENCIADOS?**

____/____/____
----------------

**10. EM QUE DATA INFORMOU A PESSOA SEGURA DA PATOLOGIA?**

____/____/____
----------------

**11. EM QUE PERÍODO ESTEVE A PESSOA SEGURA HOSPITALIZADA?**

_____
-------

**SEGUROS**

12. POR FAVOR, DÊ-NOS INFORMAÇÕES DETALHADAS ACERCA DO SEU PRINCÍPIO E EVOLUÇÃO:

13. QUAIS OS EXAMES COMPLEMENTARES E ANÁLISES EFETUADAS E SEUS RESULTADOS:

***Se possível anexar cópias dos mesmos***

14. OBSERVAÇÕES ADICIONAIS QUE CONSIDERE CONVENIENTES EFETUAR:

Data: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Vinheta do Médico:

Vinheta ou Carimbo da Unidade de Saúde onde  
foi assistido, se aplicável: