



# PARTICIPAÇÃO DE SINISTRO MORTE - SEGURO VIDA RISCO



DOCUMENTOS A APRESENTAR OBRIGATORIAMENTE À SEGURADORA PARA A COBERTURA AÇIONADA:

## Morte

- 1. Habilitação de Herdeiros
- 2. Assento de óbito
- 3. Certificado de óbito
- 4. Bilhete de Identidade e Cartão de Contribuinte ou Cartão de Cidadão dos Beneficiários (fotocópia)
- 5. Bilhete de Identidade e Cartão de Contribuinte ou Cartão de Cidadão da Pessoa Segura (fotocópia)
- 6. Declaração da entidade bancária com o NIB para crédito, se o beneficiário for entidade bancária
- 7. Comprovativo da titularidade do NIB/IBAN do beneficiário relativamente à conta bancária indicada para pagamento da indemnização. No caso de beneficiário menor, o valor será depositado na conta de que o menor seja titular podendo por si ser levantado na maioridade.
- 8. Cópia dos 3 últimos recibos de vencimento (*apenas para produto Plano Proteção Ordenado*)
- 9. Ficha de Beneficiário, em caso de pedido de pagamento para uma conta fora do grupo Santander (BST-IE-50006501 (151112))

## Em caso de Morte por Doença - para além dos documentos acima deve anexar:

- 1. Relatório médico com data dos diagnósticos, exames e tratamentos efetuados (impresso anexo)

## Em caso de Morte Violenta, Morte por Acidente ou Morte por Acidente de Circulação - para além dos documentos acima deve anexar:

- 1. Auto da ocorrência das Entidades Oficiais que compareceram no local ou descrição do acidente
- 2. Relatório da autópsia, com resultado dos exames toxicológicos, se efetuados
- 3. Decisão do processo judicial

Eventualmente poderão ser solicitados outros elementos para avaliação do sinistro.

# PARTICIPAÇÃO DE SINISTRO MORTE - SEGURO VIDA RISCO



Este relatório destina-se a complementar o pedido de indemnização por Sinistro **MORTE** 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 Óbito: _____

## 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. TEM CONHECIMENTO DE OUTROS MÉDICOS QUE TRATARAM A PESSOA SEGURA? NÃO SIM, INDIQUE NOME E MORADA:

--

## 4. HÁ QUANTO TEMPO CONHECIA A PESSOA SEGURA?

--

## 5. DESDE QUANDO LHE PRESTAVA ASSISTÊNCIA?

--

## 6. QUE DOENÇA CAUSOU A MORTE?

--

## 7. QUE OUTRAS PATOLOGIAS PODERÃO TER CONCORRIDO PARA A MORTE DA PESSOA SEGURA? (REFERIR SFF DATA DOS RESPECTIVOS DIAGNÓSTICOS)

--

## 8. A DOENÇA QUE FOI CAUSA DE MORTE ESTÁ LIGADA A PRIMITIVAS CONDIÇÕES MÓRBIDAS? NÃO SIM, INDIQUE QUAIS

--

## 9. QUAIS OS SINTOMAS QUE LEVARAM AO DIAGNÓSTICO?

--

## 10. EM QUE DATA SE COMEÇARAM A MANIFESTAR?

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

# PARTICIPAÇÃO DE SINISTRO MORTE - SEGURO VIDA RISCO



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

12. EM QUE DATA A PESSOA SEGURA TEVE CONHECIMENTO DE QUE ERA PORTADORA DA PATOLOGIA QUE CONDUZIU À MORTE?

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

14. QUAIS AS PESQUISAS, EXAMES COMPLEMENTARES E ANÁLISES EFETUADOS, COM VISTA AO DIAGNÓSTICO E DURANTE O DECURSO DA DOENÇA? SFF INDIQUE DATA, ENTIDADE E RESULTADO **(se possível anexar cópias dos mesmos)**:

15. A PESSOA SEGURA ESTEVE INTERNADA EM HOSPITAIS OU OUTRAS INSTITUIÇÕES? SE SIM, INDIQUE QUAIS, DATA E MOTIVO.

16. INDIQUE PRÁTICAS SOCIAIS (TIPO DE OCUPAÇÃO E MODO DE VIDA) QUE PODERÃO TER CONCORRIDO PARA A DOENÇA QUE VITIMOU A PESSOA SEGURA.

17. OBSERVAÇÕES ADICIONAIS QUE CONSIDERE CONVENIENTES PARA MELHOR ESCLARECIMENTO DO ESTADO CLÍNICO:

## MORADA PROFISSIONAL

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

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

Vinheta do Médico:

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