

Participação de Sinistro

☐ Vida Crédito Habitação
 ☐ Generali +Vida
 ☐ Univida
☐ Vida Grupo
 ☐ Vida Inteira
 ☐ _____

Apólice n.º _____

Certificado n.º _____

Data do Sinistro ____ . ____ . ____

Data de Participação ____ . ____ . ____

Sinistrado

Nome _____
 Morada _____ País _____
 Localidade _____ Código Postal ____ . ____
 Telefones: Casa _____ Local de Trabalho _____ Telemóvel _____
 Sexo ☐ M ☐ F Data Nascimento ____ . ____ . ____
 N.I. Fiscal _____ N.I. Civil _____
 N.º de Beneficiário Segurança Social _____

Sinistro participado por outros que não o Sinistrado

Nome _____
 Morada _____ País _____
 Localidade _____ Código Postal ____ . ____
 Telefones: Casa _____ Local de Trabalho _____ Telemóvel _____
 Sexo ☐ M ☐ F Data Nascimento ____ . ____ . ____
 N.I. Fiscal _____ N.I. Civil _____
 N.º de Beneficiário Segurança Social _____

Vem requerer o reconhecimento do sinistro por:

- ☐ Morte
☐ Morte por Acidente
☐ Morte por Acidente de Circulação
☐ Reembolso de Despesas Hospitalares em caso de Acidente
☐ Diária de Hospitalização em caso de Acidente
☐ Invalidez Absoluta e Definitiva
☐ Invalidez Total e Permanente
☐ Invalidez Absoluta e Permanente
☐ Invalidez por Acidente
☐ Invalidez por Acidente de Circulação
☐ Doenças Graves (com Liberação do Pagamento da Cobertura de Morte)
☐ Doenças Oncológicas do Foro Ginecológico (com Liberação do Pagamento da Cobertura de Morte)
☐ Duplo Efeito
☐ Renda Educação
☐ Pós Vida (Opção de reembolso)

Para o efeito junta a documentação constante no anexo A que faz parte integrante da presente participação.

AUTORIZAÇÃO

Autorizo a consulta de dados pessoais disponibilizados, sob o regime de absoluta confidencialidade, à Generali Vida S.A., à Assicurazioni Generali S.p.A. (Itália) e suas Associadas, para finalidades compatíveis com a recolha dos mesmos, designadamente para análise e liquidação de sinistros, de co-seguro ou de resseguro. Qualquer informação a respeito poderá ser obtida junto à Generali Vida S.A.

Local e Data _____, ____ de _____ de 20 ____

Assinatura

DOCUMENTAÇÃO A APRESENTAR

Para todas as coberturas				
<ul style="list-style-type: none">• Bilhete de Identidade e NIF, ou Cartão do Cidadão do Sinistrado (caso não disponha, apresentar a Certidão de Nascimento)• Exclusivamente para apólices Vida Grupo: documento “Extracto de Remunerações” emitido pela Segurança Social onde conste informação do: Ano/Mês de referência - Dias trabalhados - Valor - Natureza do Valor, relativos ao período de 60 dias antecedentes à data de inclusão na apólice de vida grupo.				
• Morte	• Morte por Acidente	• Morte por Acidente de Circulação	• Renda Educação	• Duplo Efeito
<ul style="list-style-type: none">• Certificado de Óbito• Assento de Óbito• (a) Bilhete de Identidade e NIF, ou Cartão do Cidadão do(s) Beneficiário(s)• (b) Escritura de Habilitação de Herdeiros (sempre que a designação beneficiária dispuser nesse sentido ou na falta de nomeação dos mesmos)• (c) Documento comprovativo da morada do(s) Beneficiário(s) - (em caso de menoridade dos Beneficiários, deverão apresentar atestado de residência passado pela Junta de Freguesia)			<p>Caso a morte seja por doença:</p> <ul style="list-style-type: none">• Relatório do Médico sobre a doença que foi causa da morte da Pessoa Segura (Mod. GV 22-12) <p>Caso a morte seja por acidente:</p> <ul style="list-style-type: none">• Auto de Ocorrência• Relatório da autópsia com registo da taxa de alcoolemia e estupefacientes• Despacho de Arquivamento ou Acusação do Ministério Público	
• Invalidez Absoluta e Definitiva	• Invalidez Total e Permanente	• Invalidez Absoluta e Permanente	• Invalidez por Acidente	• Invalidez por Acidente de Circulação
<ul style="list-style-type: none">• Atestado de Incapacidade Multiusos <p>Caso o beneficiário seja outro que não o Sinistrado, deverão ser apresentados os documentos mencionados em (a), (b) quando for o caso e (c), do quadro acima.</p>			<p>Caso a invalidez seja por doença:</p> <ul style="list-style-type: none">• Relatório do Médico sobre a doença que foi causa da invalidez da Pessoa Segura (Mod. GV 82-12)• Declaração da Entidade Patronal ou Segurança Social onde conste a actividade profissional à data da ocorrência da invalidez da Pessoa Segura <p>Caso a invalidez seja por acidente:</p> <ul style="list-style-type: none">• Auto de Ocorrência• Resultado da análise da alcoolemia e toxicologica	
• Doenças Graves			• Doenças Oncológicas do Foro Ginecológico	
• Relatório do Médico sobre as causas da doença grave ou da doença oncológica do foro ginecológico (Mod. GV 04-12)			• Documentação clínica especificada no Relatório do Médico (Mod. GV 04-12)	
• Reembolso de Despesas Hospitalares em caso de Acidente			• Diária de Hospitalização em caso de Acidente	
<ul style="list-style-type: none">• Auto de Ocorrência• Resultado da análise da alcoolemia e toxicologica			<ul style="list-style-type: none">• Documentos comprovativos das despesas, com indicação das datas de internamento e facturação pormenorizada do serviço prestado• Relatório da duração do internamento e causa	
• Pós - Vida (opção de reembolso)				
<ul style="list-style-type: none">• Certificado de Óbito• Assento de Óbito• Documento comprovativo da Identidade e da Identificação Fiscal da pessoa que efectuou o pagamento das despesas do Funeral• Notas fiscais e recibos das despesas com o funeral (Originais)				