

Seguro de Vida / Life Assurance
Formulário de participação de sinistro / Claim form

Detalhes do requerente / Details of the claimant

Nome / Name: _____

Endereço / Address: _____

Telefone / Telephone _____

Detalhes do Sinistro / Details of Claim

Nome do Segurado / Insured's Name: _____

Número da Apólice / Policy Number: _____

Data do Sinistro / Date of Claim: _____

Causa do Sinistro / Cause of the Claim: _____

Local do Sinistro/Place of Claim: _____

Por favor seleccione abaixo o tipo de Sinistro / Please select below the type of Claim

Morte / Death Incapacidade Permanente Total / Total Permanent Disability

Assinatura / Signature: _____

Data / Date: _____

Este formulário deve ser submetido á seguradora com a seguinte documentação / This claim form must be accompanied by the following documentation:**Em caso de Morte/In the event of Death:**

1. Fotocópia de B.I. da pessoa falecida reconhecido pelo notário / Certified copy of deceased's ID document;
2. Certidão de óbito ou Carta da Entidade Competente, confirmando a morte do Segurado (caso a morte ocorra numa área rural ou isolada) / Death certificate or Letter from a Competent Authority confirming the death of the Assured (in cases where the death occurs in rural or isolated areas);
3. Em caso de Morte por acidente de viação, deverá submeter o Relatório Policial ou número do auto da polícia/ In case of Death caused by car accident, should be submitted the Policy Report or the Case number.
4. Quaisquer outros documentos que a Seguradora solicitar / Any other documents that the Insurer may request

Em caso de Invalidez Permanente/In the event of Permanent Disability:

1. Declaração do Segurado detalhando a causa e consequência do sinistro / Assured's Statement detailing the cause and effects of the claim;
2. Relatório Médico passado pelo Médico / Medical report by attending physician
3. Mapa da Junta Médica confirmando a incapacidade adquirida / Medical Board confirming level of disability;
4. Quaisquer outros documentos que a Segurador solicitar / Any other documents that the Insurer may request.

O período de espera de 6 meses é aplicável / A waiting period of 6 months is applicable.