

Apólice N.º

PARTICIPAÇÃO DE SINISTRO

Seguro de Vida Individual

MOTIVO DO SINISTRO:

Favor assinalar com X o tipo de sinistro

- Morte Invalidez Complementar de Diagnóstico (P 7)
 Renda de Invalidez Liberação do Pagamento de Prémios de Risco (LPPR)
 Hospitalização / Intervenção Cirúrgica

IDENTIFICAÇÃO DO TOMADOR DO SEGURO:

Nome:
 Morada: Localidade:

IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA SEGURA/ NÚCLEO SEGURO (CONJUGE/FILHOS):

Nome:
 Morada: Localidade:
 Data de Nascimento:/...../..... Tel.: Tlm.: E-mail:
 Bilhete de Identidade N.º : Emitido em:/...../..... N.º de Contribuinte:
 Profissão:

DETALHES DO SINISTRO

Favor assinalar com X a causa do sinistro

- Doença
 Acidente Data de Sinistro ____/____/____

DADOS DO MÉDICO ASSISTENTE

Nome:
 Morada: Localidade:

Autorizo que os dados pessoais recolhidos no presente documento sejam processados e armazenados informaticamente para efeitos de gestão da apólice de seguro, incluindo a disponibilização dos dados a outras empresas, podendo envolver a transferência de informação para outros países, inclusive fora da União Europeia, assim como para efeitos de marketing directo (salvo opção em sentido diverso, indicada infra).

Autorizo qualquer médico, hospital, instituição de saúde, entidade seguradora, ou qualquer outra pessoa ou instituição, pública ou privada, a, dentro dos limites legais, facultar à American Life Insurance Company, ou a um seu representante, informações sobre o meu estado de saúde, incluindo historial médico, hospitalizações, recomendações médicas, diagnósticos, tratamentos e doenças.

É-me garantido o direito de acesso e rectificação de qualquer dado que me diga respeito, podendo solicitar a sua correcção, aditamento ou eliminação, mediante contacto pessoal ou por escrito, para a sede da American Life Insurance Company, em Lisboa. É-me ainda garantido o compromisso de privacidade dos meus dados e de tomada de medidas adequadas para os preservar de forma confidencial e segura.

- Não aceito que seja efectuado tratamento dos meus dados pessoais para efeitos de marketing pela Alico.

Data:/...../..... Assinatura do Declarante:
 (Conforme B.I.)

NOTAS INFORMATIVAS:

- O preenchimento desta participação é obrigatório e fundamental para a análise e regularização de todos os sinistros.
- Para sinistros de Morte, deverá ser enviado original ou cópia autenticada do Assento de Óbito, Certificado de Óbito, Relatório de Autópsia (se tiver tido lugar), Habilitação de Herdeiros (se necessário), Auto de Ocorrência das Autoridades em caso de acidente, Fotocópias dos Bilhetes de Identidade da Pessoa Segura, Fotocópias dos Bilhetes de Identidade e N.s de Contribuinte dos Beneficiários, e original da Apólice.
- Para sinistros de Invalidez, deverá ser preenchido o Relatório Médico que anexamos. Juntamente com este Relatório, deverão ser remetidos outros documentos comprovativos da invalidez, nomeadamente Relatórios Médicos, exames complementares de diagnóstico, original ou cópia autenticada do documento comprovativo da situação de reforma por invalidez pelo sistema de Segurança Social a que pertence.
- Para sinistros de Hospitalização/Intervenção Cirúrgica de Alta Hospitalar deve ser enviada Nota de Alta Hospitalar (original ou cópia autenticada).
- Em caso de dúvida relativa ao sinistro, ou a este impresso, é favor contactar o Departamento de Sinistros da Alico para o telefone n.º 21 347 50 31.
- O Segurador poderá solicitar à Pessoa Segura, sempre que necessário, documentação adicional para a avaliação do sinistro participado.