

# PARTICIPAÇÃO DE SINISTRO - INVALIDEZ

## Por favor, siga rigorosamente as seguintes instruções:

1. Preencha os DADOS DA PESSOA SEGURA e os DADOS DO SEGURO utilizando letra bem legível.
2. Obtenha os seguintes Documentos:
  - a) **ATESTADO MÉDICO DE INVALIDEZ** indicando as circunstâncias, causas, início, natureza, evolução, estado atual e sequelas funcionais, bem como se tem carácter de Invalidez Absoluta e Definitiva.
  - b) **RELATÓRIO / AUTO DE POLÍCIA** (em caso de acidente: viação, trabalho, etc.).
  - c) **ATESTADO DE INCAPACIDADE MULTIUSOS** (onde é indicado o grau de invalidez atribuído).
  - d) **CERTIFICAÇÃO** ou declaração autenticada da situação de pensionista por invalidez.
  - e) **CÓPIA DO CARTÃO DE CIDADÃO** (ou BI + Cartão Contribuinte).
3. **Após ter cumprido todas as instruções anteriores**, proceda à devolução desta Participação e de todos os Documentos solicitados para o Segurador. Por favor, apenas proceda ao envio da Participação de Sinistro após ter obtido todos os Documentos solicitados, evitando dispersão de informações.

## DADOS OBRIGATÓRIOS

O não preenchimento destes campos pode retardar a análise do sinistro por parte do Segurador.

Nome:	<input type="text"/>	NIF:	<input type="text"/>
Morada:	<input type="text"/>	Localidade:	<input type="text"/>
Código Postal:	<input type="text"/>	Profissão:	<input type="text"/>
Telefone(s):	<input type="text"/>	Data de nascimento:	<input type="text"/>
N.º Apólice(s):	<input type="text"/>	<small>(dd/mm/aaaa)</small>	
E-mail:	<input type="text"/>		

## DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO

Autorizo, por este meio, qualquer pessoa ou entidade a prestar declarações ao Segurador relativas a este Sinistro, nomeadamente qualquer informação clínica sobre as doenças de que sou portador.

Nome:

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

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.