



# Instruções de Preenchimento

## Participação de Sinistro Vida

### Passo 1: Consulte a sua Documentação sobre as Condições do Seguro

#### Notas Importantes

- Estão excluídas todas as patologias pré existentes à data da adesão a este seguro, bem como toda ou qualquer patologia futura com relação directa ou indirecta com as mesmas.  
Se a causa do óbito está relacionada com qualquer das situações acima descritas o processo não será aceite.
- Enquanto o processo estiver a ser analisado, os compromissos de pagamento deverão ser mantidos

A apólice de seguro inclui os termos e condições que devem ser cumpridos para que a sua cobertura seja válida. À data de assinatura da apólice de seguro foi fornecido um documento que detalha quais são essas condições. Por favor verifique essa documentação de orientação para validar as condições específicas da cobertura accionada.

### Passo 2: Preencher a sua Participação de Sinistro

#### Como Preencher esta participação de sinistro

- Certifique-se de que nenhuma das questões colocadas ficou por responder   
– todas as informações que solicitamos são imprescindíveis para analisar o seu pedido o mais rápido possível
- Certifique-se de que anexou toda a documentação necessária (indicada no passo 3)
- Certifique-se de que assinou e indicou a data na participação   
– sem a sua assinatura de consentimento (ou do seu representante) não podemos analisar o seu pedido.

### Passo 3: Recolher a Documentação de Apoio Necessária

#### Para avaliarmos o processo é imprescindível que anexe ao formulário, os seguintes documentos:

- Deverá juntar fotocópia do Certificado de Óbito (Exemplo do doc. que solicitamos no verso da página)
- Cópia do Contrato de Crédito e do documento de adesão ao Seguro com respectivas assinaturas
- Cópia do relatório de autópsia (caso tenha sido realizada e já disponível)

**NOTA IMPORTANTE:** agradecemos que nos envie a participação de sinistro apenas quando tiver recolhido todos os documentos em cima descritos porque, só assim nos será possível analisar o seu processo de sinistro de forma completa e o mais rápido possível.

### Passo 4: Quais os Próximos Procedimentos?

Após a recepção desta participação devidamente preenchida e documentada iremos registar o seu processo e atribuir-lhe um número de referência. Este número será mencionado na nossa correspondência, por favor utilize-o (nº do processo) em todas as comunicações futuras com a Companhia de Seguros (telefone, fax, carta ou email).

Posteriormente, analisaremos o seu processo de acordo com os termos e condições da sua apólice de seguro. Esta análise demorará 10 dias úteis, período em que irá receber uma carta a informar o teor da nossa decisão:

- ✓ Em caso de pagamento, na carta explicaremos o valor pago e modo de pagamento.
- ✓ Se não podermos aceitar o seu pedido, na carta explicaremos o fundamento da decisão tomada.
- ✓ Caso não envie toda a documentação acima descrita, será enviada nova carta solicitando os documentos em falta. Este pedido adicional de informação irá aumentar o tempo de resolução do seu processo.

**Nota Importante:** O processo será analisado pelo nosso Departamento Médico, pelo que, a Companhia reserva-se no direito de solicitar informação complementar, caso seja necessário.

## Exemplos de documentos que deve anexar à participação:

Exemplo de Certificado de Óbito – documento com a(s) causa(s) da Morte a solicitar na Conservatória do Registo Civil



### CERTIFICADO DE ÓBITO N.º

A ser utilizado no caso de indivíduos falecidos com idade igual ou superior a 28 dias  
a apresentar na Conservatória do Registo Civil

Ministério da Saúde  
Direção-Geral da Saúde

Distrito \_\_\_\_\_ Concelho \_\_\_\_\_ Conservatória \_\_\_\_\_  
Registo n.º \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ O Conservador \_\_\_\_\_

Certificado a preencher pelo médico responsável pela declaração em letra de imprensa

#### IDENTIFICAÇÃO DO FALECIDO

Nome \_\_\_\_\_  
Filho de \_\_\_\_\_  
e de \_\_\_\_\_

1. Sexo:  Masc.  Fem.  Igr. 2. Data de nascimento (d, m, a) \_\_\_\_\_ 3. Nacionalidade \_\_\_\_\_  
4. Estado civil:  Solteiro  Casado  Viúvo  Divorçado  Separado  Ignorado  
Naturalidade: 5. Freguesia \_\_\_\_\_  
6. Concelho \_\_\_\_\_ 7. Distrito \_\_\_\_\_  
8. Residência habitual: \_\_\_\_\_  
9. Freguesia \_\_\_\_\_ 10. Concelho \_\_\_\_\_  
11. Distrito \_\_\_\_\_ 12. País \_\_\_\_\_  
13. Profissão (se reformado colocar a prof. anterior): \_\_\_\_\_

14. Tipo de óbito:  Natural  Nat. natural  Sob investigação médica (aguarda exames complementares ou outros)  
15. Tipo de óbito não natural:  Acidente de transporte  Acidente de trabalho  Eventual suicídio  Eventual homicídio  
 Outro acidente. Qual? \_\_\_\_\_  Ignorado

#### CAUSA DA MORTE

Encadramento de doença(s) ou afecção(ões) mórbida(s) que provocaram o falecimento.  
A última linha preenchida deve corresponder à causa inicial (causa básica).

Tanto o agente como o tipo de doença e a morte  
podem não preencher pelo serviço de codificação

**Parte I**  
Causa directa: doença, traumatismo ou complicação que evolui directamente à morte

a)					
Devida ou consecutiva a:					
b)					
Devida ou consecutiva a:					
c)					
Devida ou consecutiva a:					
d)					

**Parte II**  
Outros estados mórbidos, factores ou estados fisiológicos (grávidas...) que contribuíram para o falecimento, mas não mencionados na Parte I

--	--	--	--	--	--

16. Data do óbito (d, m, a) \_\_\_\_\_  
17. Hora: \_\_\_\_ h \_\_\_\_ m

18. A causa de morte foi indicada com base em:  
 Elementos de ordem clínica  
 Autópsia, resultado disponível  
 Autópsia, resultado não disponível  
 Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ hora a que terminou \_\_\_\_ m  
Se autópsia médico legal n.º processo \_\_\_\_\_  
 Auto-livrado por autoridade administrativa  
 Outros documentos oficiais

19. Local do óbito:  
 Num domicílio  
 No hospital/clínica (indicar) \_\_\_\_\_  
 Outro local (indicar) \_\_\_\_\_

20. Se mulher, entre os 10 e os 54 anos de idade, a morte ocorreu:  
Na gravidez:  Sim  Não  
Durante o parto:  Sim  Não  
No puerpério (até 42 dias após o parto):  Sim  Não  
Entre 43 dias e 1 ano após o parto:  Sim  Não

21. Inamação/criminação:  Após o prazo legal  Antes do prazo legal (neste caso indique o motivo) \_\_\_\_\_  
22. Foi médico assistente do falecido nos sete dias que antecedem a morte?  Sim  Não

Observações: \_\_\_\_\_

Nome clínico: \_\_\_\_\_ Cédula profissional n.º \_\_\_\_\_  
Morada profissional: \_\_\_\_\_  
Contacto (tel., telem., ou meio electrónico): \_\_\_\_\_  
Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Assinatura do médico \_\_\_\_\_

Modelo n.º 126 Solutio do INCM S.A. |



## Participação de Sinistro Vida

Dados a preencher pelo representante da Pessoa Segura

### Dados Pessoais da Pessoa Segura

Nome Completo \_\_\_\_\_

Morada \_\_\_\_\_

Localidade \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Nº de Contribuinte \_\_\_\_\_ Data de Nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### Dados Pessoais do Representante

Nome Completo \_\_\_\_\_

Morada \_\_\_\_\_

Nº Contacto (fixo ou Móvel) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Relação com a Pessoa Segura \_\_\_\_\_

### Elementos sobre o Contrato

Nº de Contrato \_\_\_\_\_

Data de Inicio \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

### Pode enviar a documentação para:

Depois de completar o formulário na íntegra e anexar toda a documentação, poderá enviar-nos através de:

Correio: Avenida da Liberdade, Nº 38 - 7º, 1269-069 Lisboa

Email: digitalize a sua participação e documentação e envie para email "[clp.pt.sinistros@partners.axa](mailto:clp.pt.sinistros@partners.axa)"

**Se possível, sugerimos que guarde uma cópia deste formulário bem como da documentação que anexa, pode ser útil no futuro.**

## Informação Clínica – a completar pelo Médico Assistente

Nome da Pessoa Segura \_\_\_\_\_

Data de Nascimento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Era Médico Assistente do falecido? Sim  Não  Desde quando? \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Data do Óbito \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Diagnóstico preciso da causa do Óbito \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data do diagnóstico da doença, traumatismo ou complicação que casou diretamente o óbito \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Tem conhecimento de outras patologias, que possam estar relacionadas com a causa do óbito? Sim  Não

Se sim, detalhe:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Sabe se o falecido foi tratado por outros Médicos? Sim  Não

Se sim, por favor indique:

Por que motivo(s)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nome do Médico \_\_\_\_\_

Morada \_\_\_\_\_

Observações que o médico entenda convenientes fazer

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### **NOME E MORADA DO MÉDICO ASSISTENTE**

Nome \_\_\_\_\_

Especialidade \_\_\_\_\_

Nº de contacto \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_

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

Vinheta e/ou Nº Cédula Profissional



## DECLARAÇÃO

Na qualidade de herdeiro/pessoa expressamente designada pelo Titular da Apólice/Acompanhante designado judicialmente, autorizo expressamente, de forma livre e informada, a AXA a recolher, armazenar e tratar dados pessoais relacionados com a saúde do Titular para efeitos de execução do contrato de seguro, designadamente mas não limitado a cópias de exames histológicos, data e local do diagnóstico, informação sobre consultas médicas, terapêuticas instituídas, data de início de tratamentos.

Autorizo igualmente que o médico assistente e os demais médicos dos hospitais ou outras unidades de saúde em o Titular tenha sido tratado ou acompanhado, bem como outras entidades oficiais, sem prejuízo dos seus deveres de sigilo profissional, forneçam à AXA quaisquer dados solicitados aquando da análise relativa à apólice de seguro ou aquando do pagamento de qualquer benefício nos termos deste contrato, que incluam informações ou relatórios sobre o estado de saúde ou relativas ao historial médico ou a qualquer hospitalização, recomendação, diagnóstico, tratamento, enfermidade ou doença, na estrita medida do necessário para o apuramento da origem, causas e evolução da doença ou acidente de que resultou a morte do Titular, invalidez absoluta e definitiva ou incapacidade temporária absoluta para o trabalho, nos termos da lei aplicável.

O acesso por parte da AXA aos dados pessoais acima referidos é do interesse do signatário, e a recusa em prestar este consentimento obsta ao pagamento das quantias seguras eventualmente devidas, por não poder a AXA verificar o cumprimento das condições da apólice.

Li, compreendi e aceito o teor da presente declaração  
(Por favor confirme se concorda assinalando o campo respetivo)

Assinatura \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_