



Minuta de sinistro

Vida

Apólice _____ Data de Participação ____/____/____

1. Motivo do sinistro

Óbito Invalidez Outro Se outro, qual? _____

2. Pessoa segura

Nome _____

3. Beneficiários

Beneficiário 1

Nome _____

Morada _____

Cód. Postal _____ - _____ País * _____

Endereço Eletrónico (E-Mail) _____

Tel. _____ País Contacto Telefónico * _____ N.º Cont. _____

B. Ident./C. Cidadão _____ Sexo M F Data Nasc. ____/____/____

Naturalidade * _____ Nacionalidade* _____

Outra(s) Nacionalidade(s)* Sim Não Se Sim, qual(ais): * _____

Ent. Patronal _____ N.º Cont. (Ent. Patronal) _____

Profissão _____

Outros dados para efeitos fiscais (também obrigatórios no âmbito do regime RCIF/FATCA)

Obrigações Fiscais noutro(s) país(es) Sim Não N.º Cont. Estrangeiro _____

Se sim, indique morada para efeitos fiscais *

Morada _____

Cód. Postal _____ - _____ País * _____

Altos cargos públicos (PEP)

Exerce ou exerceu, durante o último ano, um alto cargo de natureza política ou pública? Sim Não

Em caso afirmativo, identifique o cargo _____

Possui relações de parentesco próximo (cônjuge, pais ou filhos e respetivos cônjuges, ou unidos de facto) com uma pessoa titular de um alto cargo de natureza política ou pública? Sim Não

Em caso afirmativo, identifique o cargo do familiar em causa _____

Possui relações de natureza comercial ou societária, com uma pessoa titular de um alto cargo de natureza política ou pública? Sim Não

Em caso afirmativo, identifique a relação existente _____



Minuta de sinistro

Vida

3. Beneficiários (Continuação)

Beneficiário 2

Nome _____

Morada _____

Cód. Postal _____ - _____ País * _____

Endereço Eletrónico (E-Mail) _____

Tel. _____ País Contacto Telefónico * _____ N.º Cont. _____

B. Ident./C. Cidadão _____ Sexo M F Data Nasc. ____/____/____

Naturalidade * _____ Nacionalidade* _____

Outra(s) Nacionalidade(s)* Sim Não Se Sim, qual(ais): * _____

Ent. Patronal _____ N.º Cont. (Ent. Patronal) _____

Profissão _____

Outros dados para efeitos fiscais (também obrigatórios no âmbito do regime RCIF/FATCA)

Obrigações Fiscais noutro(s) país(es) Sim Não N.º Cont. Estrangeiro _____

Se sim, indique morada para efeitos fiscais *

Morada _____

Cód. Postal _____ - _____ País * _____

Altos cargos públicos (PEP)

Exerce ou exerceu, durante o último ano, um alto cargo de natureza política ou pública? Sim Não

Em caso afirmativo, identifique o cargo _____

Possui relações de parentesco próximo (cônjuge, pais ou filhos e respetivos cônjuges, ou unidos de facto) com uma pessoa titular de um alto cargo de natureza política ou pública? Sim Não

Em caso afirmativo, identifique o cargo do familiar em causa _____

Possui relações de natureza comercial ou societária, com uma pessoa titular de um alto cargo de natureza política ou pública? Sim Não

Em caso afirmativo, identifique a relação existente _____



Minuta de sinistro

Vida

3. Beneficiários (Continuação)

Beneficiário 3

Nome _____

Morada _____

Cód. Postal _____ - _____ País * _____

Endereço Eletrónico (E-Mail) _____

Tel. _____ País Contacto Telefónico * _____ N.º Cont. _____

B. Ident./C. Cidadão _____ Sexo M F Data Nasc. ____/____/____

Naturalidade * _____ Nacionalidade* _____

Outra(s) Nacionalidade(s)* Sim Não Se Sim, qual(ais): * _____

Ent. Patronal _____ N.º Cont. (Ent. Patronal) _____

Profissão _____

Outros dados para efeitos fiscais (também obrigatórios no âmbito do regime RCIF/FATCA)

Obrigações Fiscais noutro(s) país(es) Sim Não N.º Cont. Estrangeiro _____

Se sim, indique morada para efeitos fiscais *

Morada _____

Cód. Postal _____ - _____ País * _____

Altos cargos públicos (PEP)

Exerce ou exerceu, durante o último ano, um alto cargo de natureza política ou pública? Sim Não

Em caso afirmativo, identifique o cargo _____

Possui relações de parentesco próximo (cônjuge, pais ou filhos e respetivos cônjuges, ou unidos de facto) com uma pessoa titular de um alto cargo de natureza política ou pública? Sim Não

Em caso afirmativo, identifique o cargo do familiar em causa _____

Possui relações de natureza comercial ou societária, com uma pessoa titular de um alto cargo de natureza política ou pública? Sim Não

Em caso afirmativo, identifique a relação existente _____



Minuta de sinistro

Vida

3. Beneficiários (Continuação)

Beneficiário 4

Nome _____

Morada _____

Cód. Postal _____ - _____ País * _____

Endereço Eletrónico (E-Mail) _____

Tel. _____ País Contacto Telefónico * _____ N.º Cont. _____

B. Ident./C. Cidadão _____ Sexo M F Data Nasc. ____/____/____

Naturalidade * _____ Nacionalidade* _____

Outra(s) Nacionalidade(s)* Sim Não Se Sim, qual(ais): * _____

Ent. Patronal _____ N.º Cont. (Ent. Patronal) _____

Profissão _____

Outros dados para efeitos fiscais (também obrigatórios no âmbito do regime RCIF/FATCA)

Obrigações Fiscais noutro(s) país(es) Sim Não N.º Cont. Estrangeiro _____

Se sim, indique morada para efeitos fiscais *

Morada _____

Cód. Postal _____ - _____ País * _____

Altos cargos públicos (PEP)

Exerce ou exerceu, durante o último ano, um alto cargo de natureza política ou pública? Sim Não

Em caso afirmativo, identifique o cargo _____

Possui relações de parentesco próximo (cônjuge, pais ou filhos e respetivos cônjuges, ou unidos de facto) com uma pessoa titular de um alto cargo de natureza política ou pública? Sim Não

Em caso afirmativo, identifique o cargo do familiar em causa _____

Possui relações de natureza comercial ou societária, com uma pessoa titular de um alto cargo de natureza política ou pública? Sim Não

Em caso afirmativo, identifique a relação existente _____



Minuta de sinistro

Vida

3. Beneficiários (Continuação)

Beneficiário 5

Nome _____

Morada _____

Cód. Postal _____ - _____ País * _____

Endereço Eletrónico (E-Mail) _____

Tel. _____ País Contacto Telefónico * _____ N.º Cont. _____

B. Ident./C. Cidadão _____ Sexo M F Data Nasc. ____/____/____

Naturalidade * _____ Nacionalidade* _____

Outra(s) Nacionalidade(s)* Sim Não Se Sim, qual(ais): * _____

Ent. Patronal _____ N.º Cont. (Ent. Patronal) _____

Profissão _____

Outros dados para efeitos fiscais (também obrigatórios no âmbito do regime RCIF/FATCA)

Obrigações Fiscais noutro(s) país(es) Sim Não N.º Cont. Estrangeiro _____

Se sim, indique morada para efeitos fiscais *

Morada _____

Cód. Postal _____ - _____ País * _____

Altos cargos públicos (PEP)

Exerce ou exerceu, durante o último ano, um alto cargo de natureza política ou pública? Sim Não

Em caso afirmativo, identifique o cargo _____

Possui relações de parentesco próximo (cônjuge, pais ou filhos e respetivos cônjuges, ou unidos de facto) com uma pessoa titular de um alto cargo de natureza política ou pública? Sim Não

Em caso afirmativo, identifique o cargo do familiar em causa _____

Possui relações de natureza comercial ou societária, com uma pessoa titular de um alto cargo de natureza política ou pública? Sim Não

Em caso afirmativo, identifique a relação existente _____



Minuta de sinistro

Vida

4. Anexar obrigatoriamente os seguintes documentos

- Fotocópia(s) do(s) Bilhete(s) de Identidade ou Cartão do Cidadão e cartão(ões) de Contribuinte do(s) Beneficiário(s) ou documento de identificação equivalente válido, no caso do(s) mesmo(s) não ser(em) residente(s);
- Documento idóneo comprovativo da morada;
- Certidão(ões) de nascimento atualizada(s) e assinatura do responsável se o(s) Beneficiário(s) designado(s) for(em) menor(es), ou documento público equivalente, no caso do(s) mesmo(s) não ser(em) residente(s);
- Se o contrato estiver associado a uma operação de crédito, juntar informação do respetivo capital em dívida à data do sinistro.

Em caso de Morte:

- Certificado de Óbito;
- Habilitação de Herdeiros se não existir(em) Beneficiário(s) designado(s);
- Cópia do Testamento (caso exista);
- Em caso de Invalidez;
- Em caso de Invalidez deverá ser enviado um atestado do médico assistente indicando o início, as causas, a natureza e a evolução do estado de incapacidade ou doença, e igualmente da descrição exata da atividade exercida pela Pessoa Segura antes da incapacidade ou doença. Este atestado deve ser enviado ao Segurador nos sessenta (60) dias que se seguirem à constatação da Invalidez;

A não receção desta documentação devidamente preenchida e assinada implicará atrasos no pagamento da respetiva indemnização. Se a apólice tiver benefício aceite a favor de uma Entidade Individual ou Coletiva, é essencial que a mesma autorize este pedido



Minuta de sinistro

Vida

5. Informação de preenchimento obrigatório

Apólice _____

Segurado/Pessoa Segura

Nome _____

Conta a creditar

Nome do Banco _____

Nome do Titular da Conta _____

IBAN _____

Declaração

liquidada na conta de depósitos à ordem com o IBAN acima indicado, cessando no momento do pagamento, todos e quaisquer direitos e deveres das condições contratuais.

AUTORIZO(AMOS) o tratamento dos elementos indicados neste documento nos termos e para os fins descritos.

Lido e Aprovado/ _____, ____/____/_____

Assinaturas

Assinatura Conforme BI/C.Cidadão
do 1.º Beneficiário

Assinatura Conforme BI/C.Cidadão
do 2.º Beneficiário

Assinatura Conforme BI/C.Cidadão
do 3.º Beneficiário

Assinatura Conforme BI/C.Cidadão
do 4.º Beneficiário

Assinatura Conforme BI/C.Cidadão
do 5.º Beneficiário



**Simple.
Rápido.
Feito.**