



Minuta de Sinistros

Apólice Data de Participação

1 – MOTIVO DO SINISTRO

Óbito Invalidez Doença Grave Outro Se outro, qual? _____

2 – SEGURADO / PESSOA SEGURA

Nome

3 - BENEFICIÁRIOS

BENEFICIÁRIO 1

N.º Cliente Nome Morada Cód. Postal - País Morada * Endereço Eletrónico (E-Mail) Tel. País Contacto Telefónico * N.º Cont. B. Identidade/C. Cidadão Sexo M F Data Nasc. País Naturalidade * Nacionalidade * Dupla Nacionalidade: * 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 Contribuinte Estrangeiro Se sim, indique morada para efeitos fiscais * 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



BENEFICIÁRIO 2

N.º Cliente

Nome

Morada

Cód. Postal - País Morada *

Endereço Eletrónico (E-Mail)

Tel. País Contacto Telefónico * N.º Cont.

B. Identidade/C. Cidadão Sexo M F Data Nasc.

País Naturalidade * Nacionalidade * Dupla Nacionalidade: * 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 Contribuinte Estrangeiro

Se sim, indique morada para efeitos fiscais *

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



BENEFICIÁRIO 3

N.º Cliente

Nome

Morada

Cód. Postal - País Morada *

Endereço Eletrónico (E-Mail)

Tel. País Contacto Telefónico * N.º Cont.

B. Identidade/C. Cidadão Sexo M F Data Nasc.

País Naturalidade * Nacionalidade * Dupla Nacionalidade: * 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 Contribuinte Estrangeiro

Se sim, indique morada para efeitos fiscais *

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



BENEFICIÁRIO 4

N.º Cliente

Nome

Morada

Cód. Postal - País Morada *

Endereço Eletrónico (E-Mail)

Tel. País Contacto Telefónico * N.º Cont.

B. Identidade/C. Cidadão Sexo M F Data Nasc.

País Naturalidade * Nacionalidade * Dupla Nacionalidade: * 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 Contribuinte Estrangeiro

Se sim, indique morada para efeitos fiscais *

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



BENEFICIÁRIO 5

N.º Cliente

Nome

Morada

Cód. Postal - País Morada *

Endereço Eletrónico (E-Mail)

Tel. País Contacto Telefónico * N.º Cont.

B. Identidade/C. Cidadão Sexo M F Data Nasc.

País Naturalidade * Nacionalidade * Dupla Nacionalidade: * 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 Contribuinte Estrangeiro

Se sim, indique morada para efeitos fiscais *

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

* Preencher obrigatoriamente minuta FATCA se: - Algum dos campos assinalados for E.U.A, Samoa Americana, Guam, Ilhas Marianas do Norte, Porto Rico ou Ilhas Virgens Americanas.



4 – ANEXAR OBRIGATORIAMENTE OS SEGUINTE 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 (no caso de se tratar de um produto Financeiro, bastará o Assento de Óbito);
- Habilitação de Herdeiros se não existir(em) Beneficiário(s) designado(s);
- Cópia do Testamento (caso exista);

Em caso de Invalidez/Doenças Graves:

- Em caso de Invalidez/Doenças Graves 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 pelo Segurado/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;
- Em caso da cobertura de Cancro não Invasivo ou Cancro Invasivo, facultar o relatório patológico com o diagnóstico final e relatório médico relativo ao tumor com a data de diagnóstico inicial e a data da primeira consulta médica;

Em caso de Exoneração do Pagamento de Prémios:

- Conforme se trate de uma situação de Incapacidade Temporária e Absoluta, Desemprego ou Hospitalização, deverão ser entregues os documentos previstos nas Condições Especiais da Apólice.



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 um Entidade Individual ou Coletiva, é essencial que a mesma autorize este pedido.

Responsável pela Identificação

N.º de Colaborador

Assinatura

(obrigatória)

5 - INFORMAÇÃO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

Apólice

Segurado/Pessoa Segura

Nome

CONTA A CREDITAR

Nome do Banco

Nome do Titular da Conta

IBAN:

DECLARAÇÃO

Solicito(amos) o pagamento da indemnização da apólice em referência, **AUTORIZANDO** que a importância a que tenho(temos) direito me(nos) seja liquidada na conta de depósitos à ordem com o IBAN acima indicado, cessando no momento de pagamento, todos e quaisquer direitos e deveres das condições contratuais.

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

Lido e aprovado: _____, ____/____/____

Assinaturas: _____
Assinatura Conforme BI/C.Cidadão
do 1º Beneficiário

Assinatura Conforme BI/C.Cidadão do
2º Beneficiário

Assinatura Conforme BI/C.Cidadão do
3º Beneficiário

Assinaturas: _____
Assinatura Conforme BI/C.Cidadão
do 4º Beneficiário

Assinatura Conforme BI/C.Cidadão do
5º Beneficiário