



FICHA DE PARTICIPAÇÃO DE SINISTRO

Solicita-se a V.Exa.(s) que responda(m) a todas perguntas contidas nesta ficha a fim de permitir à seguradora proceder ao desfecho do processo de sinistro. Tratando-se de um singular, deverá reconhecer assinatura no notário dentro de 48 horas.

You are asked to answer all questions contained in this Claims Form to enable us process your claim. If you're a single individual, your signature should be certified at the Notary within 48 hours.

To be completed by the insurer
Espaço reservado à Seguradora

NOTA ESPECIAL

Queira(m) por favor notar que esta ficha está resumida. Caso se repute aconselhável, a ficha deve estar acompanhada por elementos adicionais onde haja necessidade de se fornecer mais dados sobre as causas da morte e dados do beneficiário. Não é permitido o adiantamento das despesas de funeral à família enlutada sem prévia autorização da Seguradora. Não se aceitam documentos não reconhecidos por notário.

SPECIAL NOTE

Please note that this claim form is summarized. Should it seem advisable, this form should be accompanied by additional information on the causes of death and details of the beneficiary. Advance payment to the aggrieved family is subject to prior authorization of the insurer. Non certified copies of documents are not valid.

FICHA DE SINISTRO. CLAIMS FORM FUNERAL BENEFITS

DADOS DO SEGURADO/INSURED

Segurado/Insured

Assegurado/Assured.....

Apólice/Policy

Início/Inception

Prémio Mensal /Monthly Premium

Prémio Pago/Premium Paid *SIM/YES* *NÃO/NO*

DADOS DO FALECIDO/DECEASED

Nome Completo?Full Name Idade/Age.....

No do Doc. Identificação/I.D..... Estado Civil/Marital Status.....

Data de Nascimento/Date of Birth.....Data de Morte/Date of Death.....

Data de Adesão ao Esquema?Date Joining.....Opção/Option.....Prémio/Premium.....

- (a) Quais são as causas da morte?/Cause of Death.....
- (b) Em que hospital esteve internado?Hospital

CONTABILIDADE/ACCOUNTS

Verificação de Prémio por.....Data...../...../2002

Pago/Premium Paid *SIM/YES* *NÃO/NO*

Valor a Receber/Quantum.....

DOCUMENTOS/DOCUMENTS

Proposta de Seguro/Proposal Form	<i>SIM/YES</i>	<input type="checkbox"/> <i>NÃO/NO</i>	<input type="checkbox"/> Autenticado
Credencial	<i>SIM/YES</i>	<input type="checkbox"/> <i>NÃO/NO</i>	<input type="checkbox"/> Certified copy
Certidão de Óbito/Death Certificate	<i>SIM/YES</i>	<input type="checkbox"/> <i>NÃO/NO</i>	<input type="checkbox"/> Autenticado
Identificação do Falecido e do Beneficiário/I.D.	<i>SIM/YES</i>	<input type="checkbox"/> <i>NÃO/NO</i>	<input type="checkbox"/> Autenticado
Outros Documento/Other Relevant Documents	<i>SIM/YES</i>	<input type="checkbox"/> <i>NÃO/NO</i>	<input type="checkbox"/> Certified copy

DECLARAÇÃO

DECLARO que todos os elementos e respostas dadas nesta ficha são verdadeiros e completos e que não há nenhum facto que tenha sido omitido ou ocultado. Mais declaro que caso os elementos fornecidos estejam na posse de qualquer outra pessoa para além da minha pessoa, a tal pessoa pressupõe-se ser meu agente para o efeito, e concordo que esta ficha e elementos nela contidos servirão com base para o processamento do sinistro.

DECLARATION

I HEREBY DECLARE that all particulars and answers in this claims form are true and complete and that no fact has been suppressed or withheld. I further declare that if the statements and particulars are in the possession of any person other than myself, such person shall be deemed to be my agent for the purpose, and I agree that this form and the details given herein shall be the basis for claims processing.

Data:.....2002 Assinatura do Segurado:.....

Beneficiário ou Herdeiro:..... Empresa/Bairro: