REAL VIDA SEGUROS

Participação Sinistros
Real Seguro Acidentes Pessoais Grupo - Seguro Desportivo

REAL VIDA SEGUROS, S.A.
Sede: Av. de França, 316 - 5º, Edifício Capitólio
4050-276 Porto
Tel.: 220 410 700 (custo de chamada para a rede fixa nacional)
www.realvidaseguros.pt

Apólice N.º ___/___

Mediador _____

TOMADOR DO SEGURO

Nome _____ NIF _____

Clube _____

Escalão _____ Modalidade _____

IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA SEGURA - SINISTRADO

Nome (completo) _____ Data de Nascimento ___/___/___

Morada _____ Telemóvel _____ Telefone _____

Email _____

Cód. Postal ____-___ _____ Localidade _____

Cartão Cidadão _____-___ IBAN _____ NIF _____

Preencher informação abaixo se a Pessoa Seguros for menor

Nome representante legal _____

Grau de parentesco ☐ Pai ☐ Mãe ☐ Outro

E-mail _____ Telemóvel _____ Telefone _____

DESCRIÇÃO DO SINISTRO

Data do acidente ___/___/___ Hora ___:___ Local _____

O acidente ocorreu ☐ Treino ☐ Competição ☐ Estágio ☐ Deslocação

Detalhe da ocorrência _____

Lesões sofridas _____

Recebeu assistência médica de urgência? ☐ Sim ☐ Não

Se sim, indicar o Hospital _____ Ficou internado ☐ Sim ☐ Não

O sinistro resultou de acidente de viação? ☐ Sim ☐ Não

Se sim, informe a matricula do veículo ____-____-____ Apólice _____ Segurador _____

Identificação de testemunhas

Nome _____ Telefone _____

Nome _____ Telefone _____

A ocorrência foi comunicada às autoridades? ☐ Sim ☐ Não Se sim, indique a Entidade _____ Nº Processo _____

OBSERVAÇÕES

RVG000537/02-1126

DECLARAÇÕES/AUTORIZAÇÕES

Confirmo a exactidão da informação prestada.

Autorizo na qualidade de Pessoa Segura, ou seu representante, qualquer hospital, médico, empregador, ex-empregador, departamento oficial ou qualquer outra pessoa a prestar informações à Real Vida Seguros, S.A., ou seus representantes, sobre este sinistro.

POLÍTICA DE TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS

Os dados pessoais recolhidos e tratados no âmbito da gestão do presente processo de sinistro, serão tratados pela Real Vida Seguros, S.A., na qualidade de responsável pelo tratamento, ou por terceiros em relação de subcontratação com a Real Vida Seguros S.A., para efeitos de gestão e regularização do sinistro, cumprimento de obrigações legais e regulamentares e demais finalidades legítimas relacionadas com a execução do contrato de seguro.

O tratamento dos dados é efetuado com fundamento na contratação, gestão e execução do contrato de seguro e no cumprimento de obrigações legais a que a Seguradora está sujeita.

Os titulares dos dados podem exercer os seus direitos de acesso, retificação, apagamento, limitação do tratamento, oposição e portabilidade, nos termos da legislação aplicável, bem como apresentar reclamação junto da Comissão Nacional de Proteção de Dados (CNPD).

Para mais informações sobre o tratamento dos seus dados pessoais, incluindo os prazos de conservação, os contatos do Encarregado da Proteção de Dados (DPO) e o modo de exercício dos seus direitos, consulte a Política de Privacidade da Real Vida Seguros, S.A., disponível em www.realvidaseguros.pt .

☐ A Pessoa Segura dá consentimento expresso às declarações, autorizações e política de tratamento de dados pessoais acima expressas

Data |_|_|_|_| |_|_| |_|_|

_____

(Assinatura da Pessoa Segura conforme B.I./C.C.)*

* Caso a Pessoa Segura seja menor, assinatura do representante legal

_____

(Assinatura do Representante do Clube conforme B.I./C.C.)

PROCEDIMENTOS EM CASO DE SINISTRO

- Em caso de acidente deverá ser estabelecido contacto telefónico com a Entidade Responsável da Rede Clínica de Prestação de Cuidados de Saúde através do numero de telefone 224 943 103 (dias úteis das 8h30-19h00), para que seja prestada a informação necessária e efectuado o devido encaminhamento de assistência.
- O sinistro deve ser participado formalmente nos 5 (cinco) dias úteis posteriores à ocorrência do acidente, através do preenchimentoe e envio da presente Participaçãode Sinistro.
- Pagamento da franquia – o comprovativo de pagamento da franquia com identificação do titular da conta bancária para o IBAN do segurador deverá ser remetido com o envio da participação de sinistro.

IBAN do Segurador: PT50003300004544977204805.

Caso o tratamento seja efectuado fora da rede convencionada, o valor da franquia será deduzido no valor de reembolso.

- A participação deve ser remetida para o email trustrealvida@trustsaude.pt

Situações Urgentes

- Após a ocorrência de acidente que obrigue a atendimento de urgência médica, o sinistrado deverá ser encaminhado de imediato para a urgência do Hospital Publico mais próximo e dar conhecimento imediato do sinistro através do nº de assistência 224 943 103 (dias úteis das 8h30-19h00) a fim de ser encaminhado para assistência médica em Rede Convencionada indicada pelo Segurador.Ultrapassada a situação de urgência, o sinistrado deverá solicitar os relatórios e exames médicos que tenha realizado no hospital e formalizar a participação de sinistro. Nos casos em que, decorrente de sinistro coberto pelas garantias da apólice, a Pessoa Segura necessite de intervenção cirúrgica de urgência fora da rede convencionada, apenas será autorizada no Hospital Público, onde o sinistrado recorre ao serviço de urgência à data do acidente. Deverá o sinistrado solicitar junto do hospital a nota de alta e o relatório de urgência para juntar à Participação do Sinistro.

DOCUMENTAÇÃO OBRIGATÓRIA

Despesas de Tratamento e Repatriamento por Acidente

- Originais das despesas e respetivas prescrições (Todas as faturas enviadas devem estar emitidas em nome do atleta e não de outra entidade (clube, associação, entre outras);
- Relatórios médicos e de exames;
- Comprovativo de IBAN devidamente identificado;
- Boletim de exame medico (apenas necessário caso assistência seja fora da rede médica convencionada);
- Boletim de alta medica (apenas necessário caso assistência seja fora da rede médica convencionada);

RVG000537/02-1126

DOCUMENTAÇÃO OBRIGATÓRIA (Continuação)

Incapacidade Temporária Absoluta por Acidente

- Certificado de Incapacidade Temporária para o Trabalho - documento que deve ser obtido junto do SNS - médico de família, ou unidade Hospitalar em caso de internamento;
- Declaração da entidade patronal (onde se verifique que existe redução de vencimento durante o período em questão);
- Declaração da Segurança Social com a indicação do valor recebido pela respetiva instituição para período de incapacidade em questão;
- Caso a assistência tenha sido efetuada fora da rede convencionada:
    - Boletim médico;
    - Boletim de alta;
    - Relatórios médicos e de exames de modo a possibilitar a análise pelo nosso corpo clinico e pela Seguradora.

Despesas de Funeral por Acidente

- Recibo original da despesa do funeral
- Documento de identificação do responsável pelo pagamento
- Comprovativo de IBAN do responsável pelo pagamento

Invalidez Permanente

- Relatório Médico com as lesões sofridas e o grau de desvalorização da Invalidez Permanente atribuído com base na Tabela Nacional para Avaliação de Incapacidades Permanentes em Direito Civil
- Auto da ocorrência do acidente (se aplicável)

Morte

-Certidão de óbito

-Certidão de Habilitação de Herdeiros

-Relatório de autópsia e auto de ocorrência, caso a Morte decorra de acidente de viação

RVG000537/02-1126