

PANDEMIA CORONAVÍRUS – COVID-19
 Fundo Especial do Setor Segurador

FORMULÁRIO DE IDENTIFICAÇÃO DE PESSOA FALECIDA
 E SEUS FAMILIARES

1. IDENTIFICAÇÃO DA PESSOA FALECIDA

NOME	
DATA NASCIMENTO	PROFISSÃO
HOSPITAL EM QUE RECEBEU TRATAMENTO	
DATA DO TESTE COVID	
DATA DO INTERNAMENTO	
DATA E LOCAL DE FALECIMENTO	

NOME DO(S) FAMILIAR(ES) DA PESSOA FALECIDA – Cônjuge ou unido de facto, descendente(s) a cargo da pessoa falecida até aos 25 anos, ascendente(s) ou outro(s) familiar(es) a cargo da pessoa falecida –	GRAU DE PARENTESCO	DATA NASCIMENTO	PROFISSÃO

NOME DO CABEÇA DE CASAL/FAMILIAR A SER CONTACTADO:

CONTACTO TELEFONE/TELEMÓVEL: _____

E-MAIL: _____

 Por favor, preencha o formulário com letra maiúscula.

Envie o formulário preenchido para: fundosolidario@apseguradores.pt

Para mais esclarecimentos, ligue 213 848 155 ou 213 848 156.