Participação de Sinistro - CA Protecção Hospitalar





				IDEI	NTIFICAÇÃO	DA CA	AIXA A	GRÍCO	LA:				
Anóli	ce N.º	10 10 13 1 1 1											
/ ipoti	00111			(CCAM:	Ш	Ш		Agência:	l			Ш
				(Colaborador:								
IDEN.	TIFICAÇÃ	O DO PARTICIPANTE											
Nome:													
					Cod. Postal:								
			_M:										
IDEN.	TIFICACÃ	O DO SINISTRADO (P	essoa Segura/Elemento do Núc	cleo Segu	ıro (côniuae	e/ou F	ilhosi):					
							-	,					
			Doc. de Identifi										
				icaçau ii									
Nº Cor	ntribuinte:												
моті	VO DO SIN	ISTRO (Por favor assina	lar com X o tipo de sinistro):										
1 1	Morte (M)												
• •													
	D-4!	Salara I I I I I			A !								
	Data do sin	istro:	Local	l da ocorrê	ência:								
			Local ncia:										
_		cias e causas da ocorrêi											
- 	Circunstân	cias e causas da ocorrêi	ncia:	A									
-	Circunstân Intername Causa do S	cias e causas da ocorrêi ento (I) inistro:	ncia: Intervenção Cirúrgica (IC) Doença	— A	Ambos (I + IC) Acidente)							
-	Circunstân Intername Causa do Si	cias e causas da ocorrênento (I) inistro: do(s) Médico(s) ou Ho	ncia: Intervenção Cirúrgica (IC) Doença ospitais que prestavam assistê	∟ A ∟ A incia ao C	Ambos (I + IC) Acidente)		ocorr	ência do				
-	Circunstân Intername Causa do Si	cias e causas da ocorrêi ento (I) inistro:	ncia: Intervenção Cirúrgica (IC) Doença	∟ A ∟ A incia ao C	Ambos (I + IC) Acidente)			ência do				
-	Circunstân Intername Causa do Si	cias e causas da ocorrênento (I) inistro: do(s) Médico(s) ou Ho	ncia: Intervenção Cirúrgica (IC) Doença ospitais que prestavam assistê	∟ A ∟ A incia ao C	Ambos (I + IC) Acidente)		ocorr	ência do				
-	Circunstân Intername Causa do Si	cias e causas da ocorrênento (I) inistro: do(s) Médico(s) ou Ho	ncia: Intervenção Cirúrgica (IC) Doença ospitais que prestavam assistê	∟ A ∟ A incia ao C	Ambos (I + IC) Acidente)		ocorr	ência do				
-	Circunstân Intername Causa do Si	cias e causas da ocorrênento (I) inistro: do(s) Médico(s) ou Ho	ncia: Intervenção Cirúrgica (IC) Doença ospitais que prestavam assistê	∟ A ∟ A incia ao C	Ambos (I + IC) Acidente)		ocorr	ência do				
-	Circunstân Intername Causa do Si	cias e causas da ocorrênento (I) inistro: do(s) Médico(s) ou Ho	ncia: Intervenção Cirúrgica (IC) Doença ospitais que prestavam assistê	∟ A ∟ A incia ao C	Ambos (I + IC) Acidente)		ocorr	ência do				
Iden	Circunstân Intername Causa do S tificação Nome d	cias e causas da ocorrênento (I) ento (I) inistro: do(s) Médico(s) ou Holo(s) Médico(s)	Intervenção Cirúrgica (IC) Doença ospitais que prestavam assistê Hospital/ Centro de Saúde/ (L A	Ambos (I + IC) Acidente Cliente ante) s e à da		ocorr	ência do				
Iden	Circunstân Intername Causa do S Itificação Nome d	cias e causas da ocorrênento (I) ento (I) inistro: do(s) Médico(s) ou Holo(s) Médico(s)	ncia: Intervenção Cirúrgica (IC) Doença ospitais que prestavam assistê	L A	Ambos (I + IC) Acidente Cliente ante) s e à da		ocorr	ência do				
Iden	Circunstân Intername Causa do S Itificação Nome d JMENTOS de Sinistro:	cias e causas da ocorrênento (I) inistro: do(s) Médico(s) ou Holo(s) Médico(s)	Intervenção Cirúrgica (IC) Doença ospitais que prestavam assistê Hospital/ Centro de Saúde/ (Ancia ao C Outro	Ambos (I + IC) Acidente Cliente ante) s e à da		ocorr	ência do				
Iden	Circunstân Intername Causa do S Itificação Nome d JMENTOS de Sinistro:	cias e causas da ocorrênento (I) inistro: do(s) Médico(s) ou Holo(s) Médico(s) A APRESENTAR (Por Certificado Individual Documento comprova	Intervenção Cirúrgica (IC) Doença ospitais que prestavam assistê Hospital/ Centro de Saúde/ (favor anexe o(s) seguinte(s) document de Adesão (original) ou declaração de e	L A A A A A A Concia ao C Outro Co(s) para av extravio;	Ambos (I + IC) Acidente Cliente ante valiação do Sin	s e à da	ata da	ocorr Mora	ência do	Sini	stro:		N.I.F. ou
Iden	Circunstân Intername Causa do S Itificação Nome d JMENTOS de Sinistro: M 1.	cias e causas da ocorrênento (I) cinistro: do(s) Médico(s) ou Holo(s) Médico(s) A APRESENTAR (Por Certificado Individual Documento comprova do Cartão de Cidadão,	Intervenção Cirúrgica (IC) Doença ospitais que prestavam assistê Hospital/ Centro de Saúde/ (IC) favor anexe o(s) seguinte(s) document de Adesão (original) ou declaração de eletivo da qualidade de Beneficiário: Cópi moradas e IBAN junto da CCAM;	L A A A A A A Concia ao C Outro Co(s) para av extravio;	Ambos (I + IC) Acidente Cliente ante valiação do Sin	s e à da	ata da	ocorr Mora	ência do	Sini	stro:		√.l.F. ou
Iden	Circunstân Intername Causa do S Itificação Nome d JMENTOS de Sinistro:	cias e causas da ocorrênento (I) inistro: do(s) Médico(s) ou Holo(s) Médico(s) A APRESENTAR (Por Certificado Individual Documento comprova do Cartão de Cidadão,	Intervenção Cirúrgica (IC) Doença ospitais que prestavam assistê Hospital/ Centro de Saúde/ (IC) favor anexe o(s) seguinte(s) document de Adesão (original) ou declaração de eletivo da qualidade de Beneficiário: Cópi moradas e IBAN junto da CCAM;	L A A A A A A Concia ao C Outro Co(s) para av extravio;	Ambos (I + IC) Acidente Cliente ante valiação do Sin	s e à da	ata da	ocorr Mora	ência do	Sini	stro:		N.I.F. ou
Iden	Circunstân Intername Causa do S Itificação Nome d JMENTOS de Sinistro: M 1. M 2.	cias e causas da ocorrênento (I) cinistro: do(s) Médico(s) ou Holo(s) Médico(s) A APRESENTAR (Por Certificado Individual Documento comprova do Cartão de Cidadão, Certificado da Áutópsia	Intervenção Cirúrgica (IC) Doença ospitais que prestavam assistê Hospital/ Centro de Saúde/ (Centro	Ancia ao C Outro Co(s) para av extravio; ia da Habili	Ambos (I + IC) Acidente Cliente ante valiação do Sin	s e à da	ata da	ocorr Mora	ência do	Sini	stro:		√.l.F. ou
Iden	Circunstân Intername Causa do Si Itificação Nome d JMENTOS de Sinistro: M 1. M 2. M 3. M 4 M 5.	cias e causas da ocorrênento (I) inistro: do(s) Médico(s) ou Holo(s) Médico(s) A APRESENTAR (Por Certificado Individual Documento comprova do Cartão de Cidadão, Certificado de Óbito/A Resultado da Autópsia Em caso de acidente: A	Intervenção Cirúrgica (IC) Doença ospitais que prestavam assistê Hospital/ Centro de Saúde/ (IC) favor anexe o(s) seguinte(s) document de Adesão (original) ou declaração de eletivo da qualidade de Beneficiário: Cópi moradas e IBAN junto da CCAM; assento de Óbito; a (se aplicável); Auto da Ocorrência das autoridades (G.)	Ancia ao C Outro Co(s) para av extravio; ia da Habili	Ambos (I + IC) Acidente Cliente ante valiação do Sin itação Legal do	s e à da istro):	ros Not	ocorr Mora	ência do	Sini	stro:		V.I.F. ou
Iden	Circunstân Intername Causa do S Itificação Nome d JMENTOS de Sinistro: M 1. M 2. M 3. M 4	cias e causas da ocorrênento (I) inistro: do(s) Médico(s) ou Holo(s) Médico(s) A APRESENTAR (Por Certificado Individual Documento comprova do Cartão de Cidadão, Certificado da Autópsia Em caso de acidente: A Em caso de acidente: C	Intervenção Cirúrgica (IC) Doença ospitais que prestavam assistê Hospital/ Centro de Saúde/ (Centro	extravio; ia da Habili	Ambos (I + IC) Acidente Cliente ante valiação do Sin itação Legal do	s e à da istro):	ros Not	ocorr Mora	ência do Ida e aplicável	Sini	stro:	B.l. e N	

Restantes documentos na Página Seguinte

Participação de Sinistro - CA Protecção Hospitalar





Apóli	ce N.º	<u>[9</u>	<u> 0 3 - </u>
DOCU	MENTOS A	API	RESENTAR (Por favor anexe o(s) seguinte(s) documento(s) para avaliação do Sinistro) - Cont.:
Tipo d	e Sinistro:		
Ш	I	8.	Declaração da Unidade Hospitalar com indicação da data e hora do início e da data e hora do fim do internamento;
Ш	I	9.	Nota de Alta e Declaração Médica com data de diagnóstico da doença ou acidente que levou ao internamento;
Ш	IC	10.	Nota de Alta e Declaração Médica com explicitação da razão e causas da cirurgia;
Ш	IC	11.	Relatório do Médico Cirurgião com diagnóstico pré-operatório, data do diagnóstico, motivo da cirurgia e tipo de Intervenção Cirúrgica com classificação (ICD-9);
\Box	IC	12.	Declaração da Unidade Hospitalar com indicação da data e hora da Intervenção Cirúrgica;
	Todos	13.	Cópia do B.I. e N.I.F. ou do Cartão de Cidadão da Pessoa Segura/elementos do Núcleo Seguro. No caso de se tratar de um membro do Núcleo Seguro anexar também cópia da Certidão de Casamento (se cônjuge) ou Comprovativo de União de Facto ou comprovativo de frequência de Ensino caso tenha mais de 20 anos (se Dependente);
\Box	Todos	14.	Outros:

Assinatura do Participante do Sinistro -Localidade_ Data _____ - _____ _ ____