

Apólice N.º

IDENTIFICAÇÃO DA CAIXA AGRÍCOLA:

CCAM: Agência: Colaborador:

IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE

Nome: Morada: Localidade: Cod. Postal: TLF: TLM: E-mail:

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRADO (Pessoa Segura/Elemento do Núcleo Seguro [cônjuge e/ou Filhos]):

Nome: Data de Nascimento: - - Doc. de Identificação n.º: N.º Contribuinte:

MOTIVO DO SINISTRO (Por favor assinalar com X o tipo de sinistro):

 Morte (M)Data do sinistro: - - Local da ocorrência: Circunstâncias e causas da ocorrência: Internamento (I) Intervenção Cirúrgica (IC) Ambos (I + IC)

Causa do Sinistro:

 Doença Acidente

Identificação do(s) Médico(s) ou Hospitais que prestavam assistência ao Cliente antes e à data da ocorrência do Sinistro:

Nome do(s) Médico(s)	Hospital/ Centro de Saúde/ Outro	Morada
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

DOCUMENTOS A APRESENTAR (Por favor anexe o(s) seguinte(s) documento(s) para avaliação do Sinistro):

Tipo de Sinistro:

- M** 1. Certificado Individual de Adesão (original) ou declaração de extravio;
- M** 2. Documento comprovativo da qualidade de Beneficiário: Cópia da Habilitação Legal de Herdeiros Notarial (se aplicável), Cópia do B.I. e N.I.F. ou do Cartão de Cidadão, moradas e IBAN junto da CCAM;
- M** 3. Certificado de Óbito/Assento de Óbito;
- M** 4. Resultado da Autópsia (se aplicável);
- M** 5. Em caso de acidente: Auto da Ocorrência das autoridades (G.N.R. ou P.S.P.);
- M** 6. Em caso de acidente: Certidão do Tribunal da qual constam as causas determinantes do falecimento;
- M** 7. Em caso de doença: Relatório Médico indicando causas associadas, data do diagnóstico, evolução da doença e cópia de processo de internamento;

Restantes documentos na Página Seguinte

Apólice N.º -

DOCUMENTOS A APRESENTAR (Por favor anexe o(s) seguinte(s) documento(s) para avaliação do Sinistro) - Cont.:

Tipo de Sinistro:

- I 8. Declaração da Unidade Hospitalar com indicação da data e hora do início e da data e hora do fim do internamento;
- I 9. Nota de Alta e Declaração Médica com data de diagnóstico da doença ou acidente que levou ao internamento;
- IC 10. Nota de Alta e Declaração Médica com explicitação da razão e causas da cirurgia;
- 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);
- 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);
- Todos 14. Outros: _____

Assinatura do Participante do Sinistro _____

Localidade _____

Data - -