

IDENTIFICAÇÃO DA CAIXA AGRÍCOLA

CCAM: _____ Agência: _____

Colaborador: _____

Nome do Colaborador: _____

Extensão: _____

ID do Digitalizador: CAVGDQ / 20 ____ / _____

[preencher com letra de imprensa]

IDENTIFICAÇÃO DA APÓLICE

Apólice n.º: _____

IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE

Nome: _____

Morada: _____

Localidade: _____ Código Postal: _____ - _____

Telefone: _____ Telemóvel: _____ E-mail: _____

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRADO [Pessoa Segura/Dependente]:

Nome: _____

Data de Nascimento: ____ - ____ - _____ Nº Doc. Ident.: _____

N.I.F.: _____

TIPO DE SINISTRO [Assinalar com um X]:

Morte (M)

Data do sinistro: ____ - ____ - _____

Local da ocorrência: _____

Invalidez (IDPAC) (I)

Internamento Hospitalar (IH)

Despesas de Funeral (DF)

Despesas de Tratamento e Deslocação (DTD)

Causa do Sinistro: Doença _____ Acidente _____

Morte súbita Suicídio Outra _____

TIPO DE SINISTRO: [continuação]

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

Nome do(s) Médico(s)	Hospital/Centro de Saúde/Outro	Morada
----------------------	--------------------------------	--------

_____	_____	_____
-------	-------	-------

_____	_____	_____
-------	-------	-------

_____	_____	_____
-------	-------	-------

DOCUMENTOS A APRESENTAR [Anexar o(s) seguinte(s) documento(s) para avaliação do sinistro]:

Tipo de Sinistro:

- Todos** 1. Cópia do B.I. e N.I.F. ou do Cartão de Cidadão da Pessoa Segura/Dependente;
- M/I/DF/IH** 2. **Em caso de doença:** Relatório Médico indicando causas associadas, data dos primeiros sintomas, data do diagnóstico, evolução da doença e cópia do processo de internamento;
- M/I/DF** 3. Documento comprovativo da qualidade de Beneficiário/Representante Legal; Cópia do B.I. e N.I.F. ou do Cartão de Cidadão, moradas e IBAN junto da CCAM do(s) mesmo(s) ou outra instituição bancária;
- M/I** 4. **Em caso de acidente:** Auto da Ocorrência das autoridades (G.N.R. ou P.S.P.) / Participação de Sinistro ao abrigo do seguro de acidentes de trabalho;
- M** 5. **Em caso de morte por acidente que tenha dado origem a processo judicial:** Certidão do Tribunal da qual constam as causas determinantes do acidente;
- M** 6. Certificado de Óbito;
- M** 7. Resultado da Autópsia (caso aplicável);
- I** 8. Atestado Médico de Incapacidade Multiuso, emitido pelo Ministério da Saúde (indicando o grau de incapacidade atribuído)/Documento comprovativo de atribuição de complemento por dependência de 3ª pessoa emitido pela Segurança Social;
- IH** 9. Declaração da Unidade Hospitalar com indicação da data e hora do início e da data e hora do fim do internamento;
- IH** 10. Nota de Alta e Declaração Médica com explicitação da razão e causas do internamento;
- DF** 11. Assento de Óbito;
- DF** 12. Declaração para reembolso de Despesas de Funeral (a solicitar ao colaborador da CCAM);
- DTD** 13. Relatório médico expondo a origem, causa e desenvolvimento do dano corporal;
- DF/IH/DTD** 14. Comprovativo de frequência do ensino a tempo inteiro, caso tenha mais de 20 anos;
- DTD** 15. Documento comprovativo, em nome do dependente, original da despesa de tratamento e de deslocação.

Todos os elementos clínicos têm que ser remetidos em língua portuguesa, podendo excepcionalmente ser aceite documentação em língua inglesa ou francesa. Elementos clínicos noutras línguas poderão ter que ser traduzidos por tradutor oficial. Os custos incorridos com as traduções não serão imputados à CA Vida.

ASSINATURAS

Assinatura do Participante do Sinistro _____

Localidade _____

Data [] - [] - []

