

**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 [ ] - [ ] - [ ]

