



N.º APÓLICE _____

N.º EMPRÉSTIMO _____

PESSOA SEGURA

NOME _____

DATA DE NASCIMENTO _____ N.º CONTRIBUINTE (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO) _____
DIA MÊS ANO

MORADA _____

LOCALIDADE _____ CÓDIGO POSTAL _____ - _____

TELEFONE _____ TELEMÓVEL _____

PROFISSÃO _____

BENEFICIÁRIO

NOME _____

MORADA _____

LOCALIDADE _____ CÓDIGO POSTAL _____ - _____

MONTANTE DO EMPRÉSTIMO _____ . _____ . _____ , _____ €

PRESTAÇÃO MENSAL _____ . _____ . _____ , _____ €

PRAZO CONTRATADO (MESES) 12 24 36 48 60 72 84

_____ (APENAS PARA SINISTROS DE CRÉDITO HIPOTECÁRIO)

DATA DE INÍCIO DO EMPRÉSTIMO _____
DIA MÊS ANO

VALOR TOTAL MENSAL SEGURO DOS PAGAMENTOS DOMICILIADOS _____ . _____ , _____ €

NIB _____

DADOS DO ACIDENTE

DATA DA OCORRÊNCIA _____ LOCAL _____
HORA MIN. DIA MÊS ANO

DESCRIÇÃO PORMENORIZADA DO ACIDENTE _____

DANOS SOFRIDOS _____

O SINISTRADO FICOU HOSPITALIZADO ? NÃO SIM EM CASO AFIRMATIVO, ONDE, E QUANTOS DIAS ? _____

O SINISTRADO FICOU IMPOSSIBILITADO DE TRABALHAR ? NÃO SIM

EM CASO AFIRMATIVO, QUANTOS DIAS FICOU IMPOSSIBILITADO DE TRABALHAR ? _____

DOENÇA

DATA DOS 1.ºs SINTOMAS _____ DATA DO 1.º DIAGNÓSTICO _____
DIA MÊS ANO DIA MÊS ANO

SINTOMAS _____

DESEMPREGO

DATA DO ÚLTIMO DIA DE TRABALHO _____ EMPRESA ONDE TRABALHAVA _____
DIA MÊS ANO

MOTIVO DO DESEMPREGO _____

LOCAL DA PARTICIPAÇÃO _____ O SEGURADO _____
DIA MÊS ANO





DADOS DO MÉDICO ASSISTENTE

NOME _____

MORADA _____

TELEFONE _____

JÁ FEZ ALGUMA RECLAMAÇÃO DE SINISTRO RELATIVAMENTE A ESTA APÓLICE ? NÃO SIM
EM CASO AFIRMATIVO, INDIQUE:

MOTIVO DO SINISTRO _____

DATA _____
DIA MÊS ANO

AUTORIZO QUE OS DADOS PESSOAIS RECOLHIDOS NO PRESENTE DOCUMENTO SEJAM PROCESSADOS E ARMAZENADOS INFORMATICAMENTE PARA OS EFEITOS DE GESTÃO DA APÓLICE DE SEGURO, INCLUINDO A DISPONIBILIZAÇÃO DOS DADOS A OUTRAS EMPRESAS, PODENDO ENVOLVER A TRANSFERÊNCIA PARA OUTROS PAÍSES, INCLUSIVE PARA FORA DA UNIÃO EUROPEIA.

É-ME GARANTIDO O DIREITO DE ACESSO E RECTIFICAÇÃO DE QUALQUER DADO QUE ME DIGA RESPEITO, PODENDO SOLICITAR A SUA CORRECÇÃO, ADITAMENTO OU ELIMINAÇÃO, MEDIANTE CONTACTO PESSOAL OU POR ESCRITO, PARA A SEDE DA CA SEGUROS, EM LISBOA. É-ME AINDA GARANTIDO O COMPROMISSO DE PRIVACIDADE DOS MEUS DADOS E DE TOMADA DE MEDIDAS ADEQUADAS PARA OS PRESERVAR DE FORMA CONFIDENCIAL E SEGURA.

AUTORIZO QUALQUER MÉDICO, HOSPITAL, INSTITUIÇÃO DE SAÚDE, ENTIDADE SEGURADORA, OU QUALQUER OUTRA PESSOA OU INSTITUIÇÃO, PÚBLICA OU PRIVADA, DENTRO DOS LIMITES LEGAIS, A FACULTAR À CA SEGUROS, OU A SEU REPRESENTANTE, INFORMAÇÕES SOBRE O MEU ESTADO DE SAÚDE, INCLUINDO HISTORIAL MÉDICO, HOSPITALIZAÇÕES, RECOMENDAÇÕES MÉDICAS, DIAGNÓSTICOS, TRATAMENTOS E DOENÇAS.

DIA MÊS ANO

ASSINATURA DA PESSOA SEGURA (CONFORME DOCUMENTO DE IDENTIDADE)

NOTAS INFORMATIVAS

1. O PREENCHIMENTO DESTA PARTICIPAÇÃO É OBRIGATÓRIO E FUNDAMENTAL PARA A ANÁLISE E REGULARIZAÇÃO DE TODOS OS SINISTROS.
2. ESTA PARTICIPAÇÃO DEVERÁ SER SEMPRE ACOMPANHADA DE UMA CÓPIA DO DOCUMENTO DE ADESÃO DO SEGURO DEVIDAMENTE ASSINADA PELA PESSOA SEGURA.
3. PARA OS SINISTROS DE INCAPACIDADE TEMPORÁRIA, DEVERÁ SER ENVIADO RELATÓRIO DO MÉDICO QUE ATESTOU A INCAPACIDADE PARA O TRABALHO, INDICANDO A CAUSA E A SUA DURAÇÃO PROVÁVEL, BEM COMO BOLETIM DE BAIXA DA SEGURANÇA SOCIAL. ESTE DOCUMENTO DEVERÁ SER ENTREGUE MENSALMENTE COMO COMPROVATIVO DA SITUAÇÃO DE INCAPACIDADE, ENQUANTO ESTA SE MANTIVER. DEVERÁ IGUALMENTE SER ENVIADA A DECLARAÇÃO DA ENTIDADE PATRONAL E NO CASO DE TRABALHADORES POR CONTA PRÓPRIA A FOLHA GUIA DE PAGAMENTOS DA SEGURANÇA SOCIAL.
4. NO CASO DE DESEMPREGO DEVERÁ SER ENVIADO À SEGURADORA, DOCUMENTO DO CENTRO DE EMPREGO, CONFIRMANDO A INSCRIÇÃO NAQUELA ENTIDADE NA QUALIDADE DE DESEMPREGADO. ESTE DOCUMENTO DEVERÁ SER ENTREGUE MENSALMENTE COMO COMPROVATIVO DA SITUAÇÃO DE DESEMPREGO ENQUANTO ESTA SE MANTIVER. DEVERÁ IGUALMENTE SER ENVIADO O MODELO RP5044 E CÓPIA DO EXTRACTO DE REMUNERAÇÃO.
5. EM CASO DE HOSPITALIZAÇÃO DEVERÁ SER ENVIADO AO SEGURADOR O COMPROVATIVO DA SITUAÇÃO DE INTERNAMENTO HOSPITALAR E RESPECTIVOS MOTIVOS. DEVERÁ IGUALMENTE SER ENVIADA A FOLHA GUIA DE PAGAMENTOS À SEGURANÇA SOCIAL E RELATÓRIO HOSPITALAR BEM COMO DA ALTA HOSPITALAR.
6. A PESSOA SEGURA DEVERÁ FAZER A PARTICIPAÇÃO DO SINISTRO LOGO QUE TENHA CONHECIMENTO DE QUE A INCAPACIDADE SERÁ SUPERIOR A 30 DIAS.
7. O SEGURADOR PODERÁ SOLICITAR À PESSOA SEGURA, SEMPRE QUE NECESSÁRIO, DOCUMENTAÇÃO ADICIONAL PARA A AVALIAÇÃO DO SINISTRO PARTICIPADO.
8. DEVE ANEXAR O COMPROVATIVO DE HISTÓRICO DAS DOMICILIAÇÕES DOS ÚLTIMOS 3 MESES (PARA PAGAMENTOS DOMICILIADOS).

LOCAL DA PARTICIPAÇÃO _____ DIA MÊS ANO _____ O SEGURADO _____



RELATÓRIO MÉDICO

INSTRUÇÕES

- 1) ESTE RELATÓRIO MÉDICO DEVERÁ SER PREENCHIDO PELO MÉDICO DE FAMÍLIA OU MÉDICO ASSISTENTE, UTILIZANDO LETRA BEM LEGÍVEL E CONTENDO O RESPECTIVO SELO MÉDICO. ESTE RELATÓRIO PODE SER SUBSTITUÍDO POR DOCUMENTO MANUSCRITO, NO ENTANTO AS QUESTÕES OBRIGATORIAS DEVEM POR FAVOR SER RESPONDIDAS.
- 2) AS RESPOSTAS ÀS QUESTÕES ABAIXO COLOCADAS SÃO CONFIDENCIAIS E DE USO RESERVADO AO NOSSO MÉDICO, SENDO FUNDAMENTAIS PARA A RESOLUÇÃO DO PROCESSO. CASO NÃO SEJAM RESPONDIDAS, ESTE RELATÓRIO MÉDICO SERÁ CONSIDERADO INCOMPLETO, E COMO CONSEQUÊNCIA O PROCESSO TAMBÉM.
- 3) ESTAS QUESTÕES SÃO DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO.
- 4) ESTE RELATÓRIO **NÃO** DEVERÁ SER PREENCHIDO PELA PESSOA SEGURA.

ACIDENTE DOENÇA

NOME DA PESSOA SEGURA: (3) _____

DATA DA OCORRÊNCIA: (3) _____
DIA MÊS ANO

PREENCHER SÓ EM CASO DE ACIDENTE

QUAL O TIPO DE ACIDENTE SOFRIDO: (3) _____

QUAIS AS LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE: (3) _____

PREENCHER SÓ EM CASO DE DOENÇA

QUAL A DOENÇA EXACTA QUE MOTIVOU ESTA OCORRÊNCIA: (3) _____

DATA DOS 1ºS SINTOMAS DA DOENÇA: (3) _____
DIA MÊS ANO

QUAIS OS SINTOMAS INICIAIS: _____

QUAL A EVOLUÇÃO DA DOENÇA ATÉ À PRESENTE DATA: _____

DO PROCESSO CLÍNICO OU HISTORIAL CLÍNICO CONSTA A EXISTÊNCIA DE DOENÇAS QUE ESTEJAM DIRECTA OU INDIRECTAMENTE RELACIONADAS COM ESTA DOENÇA: (3) NÃO SIM DESCONHEÇO

EM CASO AFIRMATIVO, PREENCHA OBRIGATORIAMENTE OS CAMPOS EM BAIXO:

1) _____ DATA 1ºS SINTOMAS: _____
DIA MÊS ANO

2) _____ DATA 1ºS SINTOMAS: _____
DIA MÊS ANO

3) _____ DATA 1ºS SINTOMAS: _____
DIA MÊS ANO

4) _____ DATA 1ºS SINTOMAS: _____
DIA MÊS ANO

AS CONDIÇÕES EM QUE SE VERIFICARAM AS AFECÇÕES REFERIDAS SÃO DEVIDAS A DANOS AUTO-INFLIGIDOS, PARTO, GRAVIDEZ, ABORTO, CONSUMO DE ÁLCOOL OU DE DROGAS SEM PRESCRIÇÃO MÉDICA, GUERRAS, TUMULTOS, DOENÇAS NERVOSAS OU SINTOMAS INEXPLICÁVEIS ? (3) NÃO SIM

SE SIM, DETALHE _____

SE TIVER CONHECIMENTO DA EXISTÊNCIA DE OUTRO MÉDICO QUE POSSA PRESTAR ESCLARECIMENTOS ADICIONAIS RELATIVAMENTE A ESTA SITUAÇÃO, POR FAVOR INDIQUE O SEU

NOME E CONTACTO CLÍNICO: _____

IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO

DESDE QUE DATA É MÉDICO ASSISTENTE DA PESSOA SEGURA: (3) _____
DIA MÊS ANO

NOME: (3) _____ N.º CÉDULA PROFISSIONAL: (3) _____

MORADA PROFISSIONAL: (3) _____ LOCALIDADE: _____

CÓDIGO POSTAL: _____ - _____ TELEFONE PROFISSIONAL: _____

DIA (3) MÊS (3) ANO (3)

ASSINATURA (3)

SELO MÉDICO (3)