

IMPRESSO DE  
**PARTICIPAÇÃO DE SINISTRO**  
**(EXCEPTO CA PROTECÇÃO HOSPITALAR)**

**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: \_\_\_\_\_

PEV Apólice n.º: 0,8 - \_\_\_\_\_

Apólice n.º: \_\_\_\_\_

Aderente n.º: \_\_\_\_\_

Apólice n.º: \_\_\_\_\_

**IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE**

Nome: \_\_\_\_\_

Morada: \_\_\_\_\_

Localidade: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_ Telemóvel: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

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

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 (ITD/IDPAC/IAD) (I)**

**Doenças Graves (DG)** (CA Vida Plena/CA Mulher)

**2º Parecer Médico (2PM)** (CA Mulher)

**Hospitalização/Internamento (H/I)**

**Intervenção Cirúrgica (IC)**

**Carcinoma In-Situ (CIS)**

**Despesas de Funeral (DF)**

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 de ambas Pessoas Seguras (caso aplicável);
- Todos 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/DG 3. Documento comprovativo da qualidade de Beneficiário: Cópia da Habilitação Legal de Herdeiros Notarial (caso aplicável), Cópia do B.I. e N.I.F. ou do Cartão de Cidadão, moradas e IBAN junto da CCAM do(s) mesmo(s);
- 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;
- H/I 9. Declaração da Unidade Hospitalar com indicação da data e hora do início e da data e hora do fim do 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 Internacional de Doença, 9ª Revisão (Tabela ICD-9);
- IC 12. Declaração da Unidade Hospitalar com indicação da data e hora da Intervenção Cirúrgica;
- CIS/2PM 13. Relatório Médico da respectiva especialidade que mencione e caracterize expressamente a data dos primeiros sintomas, meios de diagnóstico utilizados, evolução, situação clínica actual, terapêuticas e prognóstico e contendo cópia do relatório da histologia.
- DF 14. Declaração de identificação do cabeça de casal (a solicitar ao colaborador da CCAM), fotocópia do B.I. e NIF ou Cartão de Cidadão e comprovativo de NIB junto da CCAM ou outra instituição bancária.

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 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

