

**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: 9 0 3 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

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

**Internamento (I)**

**Intervenção Cirúrgica (IC)**

**Ambos (I+IC)**

**Despesas de Funeral (DF)**

Causa do Sinistro:  Doença \_\_\_\_\_  Acidente \_\_\_\_\_

Morte súbita  Suicídio  Outra \_\_\_\_\_

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:**

- M 1. 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 2. Certificado de Óbito;
- M 3. Resultado da Autópsia (se aplicável);
- M 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. **Em caso de doença:** Relatório Médico indicando causas associadas, data do diagnóstico, evolução da doença e cópia de processo de internamento;
- I 7. Declaração da Unidade Hospitalar com indicação da data e hora do início e da data e hora do fim do internamento;
- I 8. Nota de Alta e Declaração Médica com data de diagnóstico da doença ou acidente que levou ao internamento;
- IC 9. Nota de Alta e Declaração Médica com explicitação da razão e causas da cirurgia;
- IC 10. 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 11. Declaração da Unidade Hospitalar com indicação da data e hora da Intervenção Cirúrgica;
- Todos 12. 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);
- DF 13. Assento de Óbito;
- DF 14. Em caso de falecimento do cônjuge: declaração de identificação do cabeça de casal (a solicitar ao colaborador da CCAM), fotocópia do BI e NIF ou cartão de cidadão e comprovativo de NIB junto da CCAM ou outra instituição bancária do cabeça de casal. Em caso de falecimento de um dependente: declaração de reembolso de despesas de funeral (a solicitar ao colaborador da CCAM), fotocópia do BI e NIF ou cartão de cidadão e comprovativo de NIB junto da CCAM ou outra instituição bancária do legal representante do dependente.

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

