



PARTICIPAÇÃO DE SINISTRO – INVALIDEZ ABSOLUTA E DEFINITIVA

Por favor, siga rigorosamente as seguintes instruções:

1. Preencha os campos DADOS DA PESSOA SEGURA, DADOS DO CRÉDITO e DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO, utilizando letra bem legível.
2. Dirija-se ao Médico Assistente ou ao Médico de Família da Pessoa Segura, solicitando-lhe que proceda ao **total preenchimento** do **QUESTIONÁRIO MÉDICO** anexo a esta Participação de Sinistro.
3. Obtenha os seguintes Documentos:
 - a) Cópia da **COMUNICAÇÃO DA DELIBERAÇÃO DA COMISSÃO DA JUNTA MÉDICA DO CENTRO REGIONAL DE SEGURANÇA SOCIAL OU ADSE**, em alternativa **DECLARAÇÃO EMITIDA PELO CENTRO NACIONAL PENSÕES** que ateste que a Pessoa Segura terá sido submetida a avaliação clínica, comprovando e tipificando a sua situação de Invalidez (Por Explº - Invalidez Relativa, Absoluta ou outra) e respectiva data de atribuição. (Atenção: O Atestado de Incapacidade Multiuso não substitui o documento acima solicitado).
 - b) Cópia do **AUTO POLICIAL / AUTO DE NOTÍCIA** da ocorrência (apenas nos casos em que a Invalidez tenha ocorrido por motivo de Acidente).
 - c) Cópia do **RELATÓRIO HOSPITALAR** (apenas nos casos em que a Pessoa Segura tenha estado hospitalizada).
 - d) Cópia do **CARTÃO DE CONTRIBUINTE** da Pessoa Segura.
4. **Após ter cumprido todas as instruções anteriores**, proceda à devolução desta Participação, do Questionário Médico e de todos os Documentos solicitados para a Cardif. Por favor, apenas proceda ao envio da Participação de Sinistro após ter obtido todos os Documentos solicitados, evitando dispersão de informações. *Agradecemos o envio dos documentos sem ser agrafados para protecção do ambiente.*

DADOS OBRIGATÓRIOS

O não preenchimento destes campos invalida por parte da CARDIF toda e qualquer análise do Sinistro.

Nome:	<input type="text"/>	NIF:	<input type="text"/>
Morada:	<input type="text"/>	Localidade:	<input type="text"/>
Código Postal:	<input type="text"/>	Profissão:	<input type="text"/>
Telefone(s):	<input type="text"/>	Data de nascimento:	<input type="text"/>
N.º Contrato:	<input type="text"/>	<small>(dd/mm/aaaa)</small>	
Capital:	<input type="text"/>	Data de Adesão:	<input type="text"/>
		<small>(dd/mm/aaaa)</small>	

DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO

Autorizo, por este meio, qualquer pessoa ou entidade a prestar declarações à Seguradora relativas a este Sinistro.

(Caso o próprio não possa assinar os campos abaixo deverão ser preenchidos por um familiar)

Nome: Parentesco:

Assinatura: _____ Data: ____ / ____ / ____.