

**Fundo de Pensões / Pension Fund
Formulário de participação de sinistro / Claim Form**

Detalhes da Entidade Patronal / Employer Details

Nome / Name: _____

Número da Apólice / Policy Number: _____

Endereço / Address: _____

Telefone / Telephone: _____

Detalhes do Sinistro / Details of claim

Nome da Trabalhador / Employee's Name: _____

Número do Trabalhador/ Personal Number: _____

Unidade/ Cost Center: _____

Data do Sinistro / Date of Claim: _____

Causa do Sinistro / Cause of the Claim: _____

Local do Sinistro/place of Claim: _____

Por favor seleccione abaixo o tipo de Sinistro / Please select below the type of Claim

Morte / Death Invalidez / Disability Rescisão Contratual / Withdrawal Desemprego Involuntário / Retrenchment

Assinatura / Signature: _____ Data / Date: _____

Detalhes Bancários do Beneficiário/ Beneficiary Bank Details

Nome do Titular da Conta / Accountholder Name _____

Número da Conta Bancária / Account Number _____

NIB _____

Banco / Bank _____

Telefone do Beneficiário / Beneficiary Cellphone Number _____

Este formulário deve ser submetido á entidade gestora com a seguinte documentação / This claim form must be accompanied by the following documentation:

Em caso de Morte / In the event of Death:

1. Fotocópia de B.I. da pessoa falecida reconhecido pelo notário / Certified copy of deceased's ID document;
2. Certidão de óbito reconhecida por notário / Certified copy of Death certificate
3. Fotocópia autenticada do BI do beneficiário/ Certified copy of beneficiary ID

Em caso de Invalidez / In the event of Disability:

1. Declaração do membro detalhando a causa e consequência do sinistro / Member's Statement detailing the cause and effects of the claim;
2. Relatório Médico passado pelo Médico e Mapa da Junta Médica confirmando a incapacidade adquirida / Medical report by attending physician and Medical Board confirming level of disability;
3. Fotocópia de B.I. trabalhador / Certified copy of employee's ID document;

Em caso de Desemprego involuntário / In the event of Retrenchment:

1. Carta da Entidade Patronal a detalhar o motivo para o desemprego/ Letter from Employer stating the reason of Loss of Employment;
2. Fotocópia de B.I. trabalhador / Certified copy of employee's ID document;

Em caso de Rescisão Contratual / In the event of Withdrawal:

1. Carta da Entidade Patronal a detalhar o motivo para o desemprego/ Letter from Employer stating the reason of Loss of Employment;
2. Fotocópia de B.I. trabalhador / Certified copy of employee's ID document;