

Nº do Aviso

Dados do Cliente

Nome do Segurado Principal		CPF	Data de Nascimento / /	
Nome do Sinistrado (preencher se não for o mesmo do segurado principal)		CPF	Data de Nascimento / /	
Estado Civil	Profissão	Renda Média Mensal R\$		
Endereço Residencial			Bairro	
Cidade	Estado	CEP	DDD - Telefone	DDD - Celular
Quantidade de filhos deixados pelo sinistrado		Maiores _____	Menores _____	

Dados da Apólice

Apólice Nº	Certificado	Tipo de Seguro Individual Coletivo	
------------	-------------	---	--

Em caso de seguro coletivo, informar os dados abaixo.

Custeio do Seguro Contributário Não Contributário	Nome do empregador	Data de Admissão / /	Último dia de trabalho / /
Situação do segurado na data do evento			
Ativo		Aposentado Informe o motivo 1 - Tempo de Serviço 3 - Outros	
		2 - Acidente de Trabalho Especifique: _____	
Afastado Data: / /		Outros Especifique: _____	
Houve afastamentos anteriores ao evento ?			
Não		Sim Especifique os motivos e as datas: _____	

Dados do Sinistro

Data / /	Local / Endereço		
Tem cobertura de funeral ?	Em caso positivo, acionou a Assistência 24h (0800) ?		
Não	Sim	Não	Sim
Local do Sinistro			
Local Público		Hospital	Trabalho
Casa		Meio de transporte	Outros Especifique: _____
Possui seguro registrado em outras companhias ?			
Sim		Não Especifique: _____	

Beneficiários

Nome	Profissão	Renda	Parentesco	Percentual

Dados do Declarante - Preenchimento Obrigatório

Nome	RG	CPF
Grau de parentesco com o segurado		
E-mail	Opção para receber correspondência E-mail Correio	
Endereço Residencial		Bairro
Cidade	Estado	CEP
DDD - Telefone		

Declaração

Na condição de declarante, assumo inteira responsabilidade pela exatidão das informações prestadas acima, e autorizo a quaisquer médicos, hospitais e outras entidades, a quem dispenso da obrigatoriedade do sigilo profissional, a prestar todas as informações que forem solicitadas, acerca de tratamentos médico/hospitalares prestados ao Segurado Sinistrado.

Local e data de emissão	Assinatura do declarante
-------------------------	--------------------------

Relatório Médico (A ser preenchido pelo médico assistente do sinistrado)

Data do Acidente

Local do Acidente

/ /

Causa da Morte

Primária

Secundária

Outras

Origem

 Pessoal Homicídio Latrocínio Trânsito Queda Outros (especifique): _____

Ocorrência registrada por autoridade policial?

 Não Sim

O óbito foi exclusivamente decorrente do acidente?

 Não Sim

Foi realizado Exame Necroscópico?

 Não Sim

Foi realizada dosagem alcoólica e/ou exame toxicológico?

 Não Sim

Houve internação hospitalar?

 Não Sim

Se afirmativo, informar data e nome do hospital

Quais exames realizados que permitiram o diagnóstico da causa da morte?

Sofreu cirurgia? Qual (is) e em que data(s)?

Assumo inteira responsabilidade pela exatidão das informações prestadas neste documento (Importante: A firma do médico deverá ser reconhecida obrigatoriamente)

Local e data de emissão

Assinatura do Médico sob o carimbo com CRM/CPF

CRM/Estado

Endereço completo do médico

Telefone para contato