

**Aviso de Sinistro - Invalidez Permanente Parcial/Total por
Acidente - (IPA / IPTA) - Seguro de Pessoas**

SulAmérica

associada ao **ING**

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

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 o motivo e a data: _____			

Dados do Sinistro

Data	Hora	Local / Endereço
Causa Queda Pancada Corte Torção Outras Especifique: _____		
Local do Sinistro Local Público Hospital Trabalho Casa Outros Especifique: _____		
Descrição clara e circunstanciada da ocorrência _____ _____		
Possui seguro registrado em outras companhias ? Sim Não Especifique: _____		

Dados do Declarante (Seja próprio segurado, beneficiário, familiar, outros) - 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
-------------------------	--------------------------

0008.0399.0093

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

Foi realizado exame de Corpo Delito ? | Foi realizado exame de dosagem alcoólica e/ou toxicológico ?

| | Não | | Sim | | Não | | Sim

Data do Acidente

/ /

Data do primeiro atendimento

/ /

Descrever a(s) lesão(ões) ocorrida(s) e observada(s) na data do atendimento

A(s) lesão(ões) relacionada(s) são consequentes de causa traumática? Em caso negativo, especifique a doença

Quais os exames realizados?

Houve internação hospitalar?

| | Não | | Sim Período de: / / a / /

Informar o nome do hospital:

Foi submetido à cirurgia?

| | Não

| | Sim

Se afirmativo, quais

Quando

/ /

Houve ocorrência de doença anterior relacionada as lesões acima referidas? | | Não | | Sim

Em caso positivo, detalhar:

O paciente encontra-se em tratamento? | | Não | | Sim Data da Alta médica definitiva / /

Houve perda ou impotência funcional definitiva de membros ou órgãos? | | Não | | Sim

Se positivo, quais:

Qual o grau de perda ou impotência funcional do membro/órgão em percentual (de 0% a 100%)? %

A incapacidade resultante do acidente pode ser considerada

| | Temporária | | Definitiva e Parcial | | Definitiva Total

Sendo a incapacidade temporária, existe a possibilidade de recuperação do paciente, mediante tratamento especializado? | | Não | | Sim

Em caso afirmativo, especificar.

Qual a previsão de alta?

/ /

Em caso de invalidez neuropsíquica, informar:

Se o segurado está apto a gerir seus próprios bens?

| | Não | | Sim

O segurado está alienado mental de forma total e incurável?

| | Não | | Sim

Na impossibilidade de quantificar a incapacidade em percentual, indicar:

| | Mínimo | | Médio | | Máximo

Era o segurado portador de alguma deficiência anterior, como, doença, mutilação ou redução funcional? Especificar

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