

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 ? Não Sim	Em caso positivo, acionou a Assistência 24h (0800) ? 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 Óbito / /	Local
----------------------	-------

Causa da Morte	Primária	Secundária	Outras
----------------	----------	------------	--------

Existe alguma doença que está relacionada à causa da morte?

Há quanto tempo o segurado estava em tratamento da doença que o vitimou? Data da 1ª Consulta: / /

O diagnóstico da doença foi informado diretamente ao (a)
| | Segurado | | Familiares Nome e Grau de Parentesco: _____

Informar o nome de outros médicos que trataram o segurado

Nome	Endereço
Nome	Endereço

Outros comentários que julgar importante

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

Local e data	Assinatura do Médico sob o carimbo com CRM/CPF	CRM/Estado
--------------	--	------------

Endereço completo do médico	Telefone para contato
-----------------------------	-----------------------
