

Nº do Aviso

**Dados do Cliente**

|   |           |                        |                           |               |
|---|-----------|------------------------|---------------------------|---------------|
| Nome do Segurado Principal  |           | CPF                    | Data de Nascimento<br>/ / |               |
| Nome do Sinistrado (preencher se não for o mesmo do segurado principal) |           | CPF                    | Data de Nascimento<br>/ / |               |
| 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<br>    Individual     Coletivo |
|------------|-------------|---|

**Em caso de seguro coletivo, informar os dados abaixo.**

|  |                    |   |                               |
|--|--------------------|---|-------------------------------|
| Custeio do Seguro<br>    Contributário     Não Contributário | Nome do empregador | Data de Admissão<br>/ /                                     | Último dia de trabalho<br>/ / |
| 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<br>/ /   | Local / Endereço  |
| Tem cobertura de funeral ?<br>    Não     Sim   | Em caso positivo, acionou a Assistência 24h (0800) ?<br>    Não     Sim |
| Local do Sinistro<br>    Local Público     Hospital     Trabalho<br>    Casa     Meio de transporte     Outros Especifique: _____ |   |
| Possui seguro registrado em outras companhias ?<br>    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<br>    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