



**GENERALI**  
Brasil Seguros

Matriz: Av. Rio Branco, 128 - Rio de Janeiro - RJ  
CEP: 20040-002 - Tel.: 2508-0100 - Fax: 2509-7393  
CNPJ: 33.072.307/0001-57

## Aviso de Sinistro - Ramo Vida

### PARA USO DA SEGURADORA

Nº do Protocolo:

Data:

### DADOS DO ESTIPULANTE/SEGURADO

Estipulante					
Apólice VG nº		Apólice APC nº		Certificado nº	
Nome do Segurado					Sexo: 1. Masc. 2. Fem.
Endereço Residencial do Segurado (Rua, Nº, Bairro, Cidade, Estado, CEP)					
<b>Dados Bancários (INDISPENSÁVEL O PREENCHIMENTO)</b>			Última Ocupação	Valor do Último Ordenado	Capital Segurado/Limite de Reembolso
Banco	Agência	Conta Corrente			
Estado Civil		Data de Nascimento		Data do Óbito/Acidente/Invalidez	
Data de Admissão			Desde que data deixou de comparecer ao trabalho?		
<p><b>Autorizo médicos, hospitais, clínicas, laboratórios ou quaisquer entidades públicas ou privadas a prestarem, sem ressalvas restritivas, informações referentes à saúde ou às moléstias sofridas pelo Segurado, bem como sobre exames e tratamentos realizados ou prescritos, isentando-os desde já de qualquer responsabilidade que implique ofensa ao sigilo profissional, de acordo com o art. 106 do Código de Ética Médica.</b></p>					
_____			_____		
Local e Data			Assinatura (Estipulante/Segurado/Declarante)		

### MORTE NATURAL/ACIDENTAL E PÓS-VIDA

#### Declaração do Médico Assistente

1. Nome do Segurado falecido:	9. Em que época ocorreram as primeiras manifestações desta doença e qual o seu tempo de evolução?
2. Data, hora e local do falecimento (se ocorreu em hospital ou em outra instituição, favor indicar o nome):	10. Houve remissões e recidivas? Houve confirmação diagnóstica? Quais os exames realizados?
3. O falecimento foi ocasionado por moléstia, acidente, homicídio ou suicídio? Descreva:	11. De que outras moléstias sofreu o Segurado que possam haver contribuído para a sua morte?
4. Se a morte foi devida a causa não-natural, favor descrever detalhes e data:	12. Há quanto tempo, em sua opinião, esteve o falecido sofrendo da(s) moléstia(s) afirmada(s) no item anterior?
5. Houve Boletim de Ocorrência Policial? Laudo do primeiro atendimento? Necrópsia? Em caso afirmativo, anexar:	13. Destas moléstias, qual determinou a morte?
6. O falecido fazia tratamento psiquiátrico? Tratamento para dependência química? Foi internado?	14. Qual a data de sua primeira visita durante a enfermidade?
7. Qual a <i>causa mortis</i> ?	15. Qual a data da sua última visita?
8. Qual o tratamento prescrito para a doença que causou a morte do Segurado e quando ele teve início?	16. O Atestado de Óbito foi assinado pelo médico assistente?
	17. Outros médicos trataram do falecido? Quais as suas especialidades?

**Declaro, pela presente, que assisti ao falecido em sua última enfermidade e que as respostas acima são completas e verdadeiras.**

\_\_\_\_\_

Local e Data

\_\_\_\_\_

Assinatura do Médico Assistente e CRM

INVALIDEZ POR DOENÇA/ACIDENTE E DMH			
<b>Declaração do Segurado</b>			
Data em que procurou a assistência médica:	Data da ocorrência do sinistro:	A invalidez foi consequência de acidente de trabalho? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
O evento foi coberto pelo Seguro de Acidente de Trabalho?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	
Descreva, com letra legível, como aconteceu o acidente, suas causas, consequências e data de ocorrência:			
Local e data		Assinatura do Segurado	
<b>Declaração do Médico Assistente – Invalidez por Acidente</b>			
Descrever em detalhes todos os elementos que julgue importantes, como: natureza, localização, extensão das lesões e diagnósticos secundários, tipo de acidente e data. O Segurado fazia tratamento psiquiátrico à época do acidente?			
Qual o tipo de invalidez permanente e qual o percentual de incapacidade funcional dos sistemas, aparelhos, órgãos, membros ou segmentos de membros lesados? Em que exames se baseou e quais os laudos?			
Encontrou no acidentado qualquer deficiência ou restrição física decorrente de doença ou acidente preexistentes?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	(anexar laudo médico)
Este defeito ou doença pode agravar ou vir a aumentar as consequências do acidente?	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	(anexar laudo médico)
<b>Declaração do Médico Assistente – Invalidez por Doença</b>			
1. Qual a patologia de que foi acometido o Segurado? Qual a etiologia provável?			
2. Quando se iniciaram os sintomas?			
3. Quando foi confirmado o diagnóstico? Quais os exames realizados?			
4. Qual o tratamento efetuado? Clínico ou cirúrgico? Necessitou de diálise/hemodiálise ou outro procedimento seriado/continuado? Descreva o tratamento:			
5. Qual o resultado do tratamento e sua duração? Foram esgotados todos os recursos terapêuticos? Em caso negativo, justifique:			
6. Quais as alterações anatômicas e funcionais encontradas? Qual o grau de incapacidade apresentado?			
7. Há caracterização de invalidez?			
8. Quando ficou caracterizada a invalidez?			
9. Informe outros detalhes que julgar necessários para o esclarecimento:			
10. Anexar laudos de exames, provas que caracterizam a invalidez e relatório médico, complementando o acima informado.			
Local e data		Assinatura do Médico Assistente	