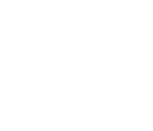
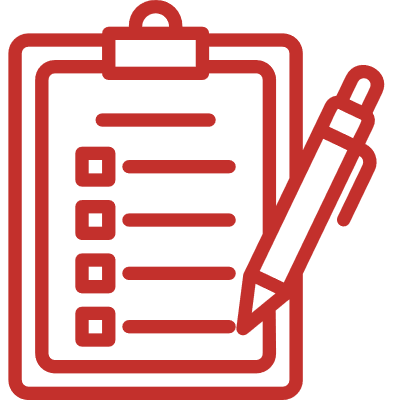
**Aviso de Sinistro – Ramo Vida**

Aviso de Sinistro por Invalidez por Acidente – IPA

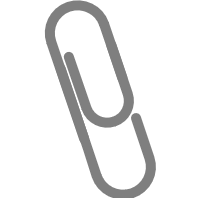


**Dados Cadastrais / Declarações do Segurado / Estipulante**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Segurado titular: | CPF: | Data de nascimento: |
| Segurado sinistrado: | CPF: | Data de nascimento: |
| Estipulante / empresa: | Apólice / Certificado: | Data de admissão: |
| Última ocupação: | | Último dia de trabalho: |
| Último salário: | | Telefone: |
| Situação do segurado na data do sinistro:  Ativo  Aposentado  Afastado  Outros | Tipo de aposentadoria:  Idade  Invalidez  Tempo de serviço | Data do requerimento: |
| Data da concessão: |
| Chamamos de "Acidente Pessoal" o evento que causou uma lesão física grave ao segurado. Por causa dessa lesão, deve ter ocorrido a morte, a invalidez permanente total ou parcial do segurado ou necessidade de tratamento médico. Essa lesão deve ser causada por fatores externos. Também deve ter ocorrido em uma data específica, de forma inesperada e involuntária ao segurado.  Aconteceu um acidente pessoal, segundo o conceito acima?  Sim  Não | | |
| Data do Acidente: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ | | |
| Local do Acidente:  Residência  Local de trabalho  Via pública | | |
| Se ocorreu em espaço público, foi um acidente de trânsito?  Sim  Não | | |
| Foi feito boletim de ocorrência?  Sim  Não | | |
| Por favor, nos forneça o máximo de detalhes sobre o acidente: onde ocorreu, se houve outras pessoas ou veículos envolvidos, o que você fazia no momento, como aconteceu passo a passo e se teve testemunhas: | | |
| Ao preencher este documento, reconheço e concordo que os dados pessoais de saúde aqui descritos serão utilizados para os ﬁns necessários à consecução do objeto do meu contrato de seguro, seguindo as diretrizes da Política de Privacidade da Generali. Para obter mais informações sobre como a Generali cuida dos seus dados pessoais, bem como para entender como você pode exercer seus direitos relacionados aos seus dados pessoais, consulte a nossa Política de Privacidade, disponível em [http://www.generali.com.br/home/governanca/ privacidade-de-dados/](http://www.generali.com.br/home/governanca/%20privacidade-de-dados/).  Caso você ainda tenha dúvidas sobre esse assunto, ﬁque à vontade para entrar em contato conosco pelo e-mail [privacidade@generali.com.br](mailto:privacidade@generali.com.br).  Estou de acordo com a Política de Privacidade. | | |
| Assinatura do Segurado / Comunicante | | |

**Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente**

*(Para ser respondido pelo Médico e/ou Instituição médica que prestou atendimento ao Segurado acidentado)*

**Anexar cópia do primeiro atendimento médico e dos exames feitos

|  |
| --- |
| Descrever o quadro clínico e o tratamento passado no primeiro atendimento médico do Segurado (descrever as lesões agudas, suas repercussões imediatas e medidas terapêuticas): |
| Qual o nome e local da Instituição em que foi feito o primeiro atendimento? |
| Quais exames foram realizados para definir o quadro clínico do segurado? |
| Descrever a evolução do quadro clínico da lesão/disfunção: |
| Foi feita alguma cirurgia?  Sim  Não  Se sim, descreva: |
| Foi feita fisioterapia?  Sim  Não  Se sim, descreva: |
| Ainda existe algum tratamento sendo feito?  Sim  Não  Se sim, descreva: |
| Houve alta médica definitiva?  Sim  Não  Se sim, em qual data? Alta em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ |
| A lesão causou alguma perda funcional ou estrutura do corpo?  Sim  Não  Se sim, descreva quais perdas de função ou estrutura existem em cada membro ou órgão afetado: |

Defina o percentual de perda ou estabeleça a perda de acordo com o quadro no próximo item.

|  |
| --- |
| Qual o grau da limitação funcional existente no membro ou órgão lesionado? Escolha uma das opções:  AUSENTE (0%)  LEVE (25%)  MODERADA (50%)  GRAVE (75%)  TOTAL (100%) |
| Escreva outras observações médicas que possam explicar o prognóstico atual do quadro clínico do segurado: |

**Identificação do Médico-Assistente do Segurado**

*(A ser respondido pelo médico-assistente)*

**ATENÇÃO:** Todas as informações e registros médicos prestados aqui serão de responsabilidade do médico que está preenchendo esse formulário caso não possam ser comprovadas pelos registros médicos oficiais.



|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nome completo do médico: | | |
| Especialidade: | CRM: | Telefone: ( ) |
| Última ocupação: | Último dia de trabalho: | Último salário: |
| Local, Data e Assinatura sob Carimbo com CRM | | |

Ao preencher este documento, compartilho aqui meus dados pessoais. **Reconheço e concordo** que esses dados pessoais serão utilizados pela Generali somente para a realização da abertura do sinistro e sua regulação.

O uso dos dados pessoais segue as normas da Política de Privacidade de Dados da Generali. Consulte nossa Política de Privacidade para:



* Saber mais sobre como a Generali cuida dos seus dados pessoais.
* Entender como você pode gerenciar seus dados pessoais.

A Política de Privacidade da Generali está nesse link:

[**http://www.generali.com.br/home/governanca/privacidade-de-dados/**](http://www.generali.com.br/home/governanca/privacidade-de-dados/)

**Você ainda tem dúvidas sobre o uso dos seus dados pessoais?** Entre em contato conosco pelo e-mail [privacidade@generali.com.br](mailto:privacidade@generali.com.br).

