

DADOS CADASTRAIS/DECLARAÇÕES DO RECLAMANTE/ESTIPULANTE

Segurado titular:	CPF:	Data de nasc.:
Segurado sinistrado:	CPF:	Parentesco:
Estipulante/empresa:	Apólice/Certificado:	
Data de Admissão:	Último dia de trabalho:	Último salário:
Situação do segurado na data do sinistro <input type="checkbox"/> Ativo <input type="checkbox"/> Aposentado <input type="checkbox"/> Afastado <input type="checkbox"/> Outros	Tipo de aposentadoria: <input type="checkbox"/> Idade <input type="checkbox"/> Tempo de serviço <input type="checkbox"/> Invalidez	Data do requerimento: Data da concessão:
Mencionar outras seguradoras com as quais possuía seguros:	Possuía plano de saúde: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Nome do plano de saúde:
Já houve recebimento de indenização recorrente desse evento por outra seguradora? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Quais?		
Pessoa de contato/reclamante:	Telefone: ()	
<hr/>		
Assinatura do Reclamante		Carimbo e Assinatura do Estipulante

MORTE NATURAL / MORTE ACIDENTAL

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

Confirmado que o caso encerra morte do tipo: <input type="checkbox"/> Morte Natural <input type="checkbox"/> Morte Acidental		
Em que data e hora ocorreu a morte? Em: ____/____/____ , às ____ horas e ____ minutos, atestado por _____ CRM: _____		
O caso foi indicativo de necropsia? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não. Se "sim" especificar o motivo: _____ _____		
Observação: Os beneficiários devem anexar cópia do laudo original de exame necroscópico.		
Informar nos quadros abaixo exatamente como foi documentado no atestado de óbito		
"Causa Mortis" primária:	"Causa Mortis" secundária:	"Causa Mortis" terciária:
Doença(s) crônica(s) preexistente(s) a ocorrência do óbito: _____ _____		
Data do diagnóstico: ____/____/____		
O paciente tinha o pleno conhecimento da existência da doença que a vitimou? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Desde quando o Segurado teve conhecimento das ocorrências e alterações em seu estado de saúde? ____/____/____		
Quais as documentações médicas que sustentam as afirmações acima? (Informar como o Segurado e/ou seus familiares tomaram conhecimento dos fatos): _____ _____		

Em que data o segurado solicitou seus serviços profissionais? ____/____/____

Quais foram às lesões constatadas? Indique a sede, a natureza, e a extensão das lesões.

Foram as lesões causadas exclusivamente por acidente/doença? Sim Não

Em caso negativo, quais foram às causas?

Foi encontrada alguma doença, mutilação ou redução funcional pré-existente? Sim NãoO segurado teve alguma assistência médico-hospitalar em consequência deste acidente, anteriormente ao primeiro atendimento especificado acima? Sim Não

Onde e por qual médico foi prestada? (informar Nome completo, CRM e telefone)

Houve a realização de exame toxicológico? Sim Não

Resultado: _____

IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO ASSISTENTE DO SEGURADO:

Observações:

Ratifica-se que todos os dados e registros médicos acima informados serão de responsabilidade do médico declarante caso não possam ser devidamente comprovados por registros médicos oficiais.

Nome completo do médico:

Especialidade:

CRM:

Telefone: ()

Espaço destinado ao reconhecimento de firma (em cartório)

Local, Data e Assinatura sob Carimbo com CRM