

Aviso de Sinistro – Ramo Vida

Aviso de Sinistro por Invalidez Funcional Permanente Total por Doença - IFPTD



Dados Cadastrais / Declarações do(a) Segurado(a)

Nome do(a) Segurado(a):		
Nome Social (É como a pessoa transgênero se identifica e é reconhecida na sociedade.):		
CPF:	Data de nascimento:	
Data de admissão:	Última ocupação:	
Último dia de trabalho:	Último salário:	Telefone: ()
Situação do segurado na data do sinistro:		Tipo de aposentadoria:
<input type="checkbox"/> Ativo	<input type="checkbox"/> Aposentado	<input type="checkbox"/> Idade
<input type="checkbox"/> Afastado	<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Invalidez
		<input type="checkbox"/> Tempo de serviço
O(a) segurado(a) tinha plano de saúde?		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Nome do plano de saúde:		
Alguma outra seguradora já pagou alguma indenização recorrente desse evento?		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Se sim, quais seguradoras?		

Proteção de dados pessoais

Ao preencher este documento, **reconheço e concordo** que os meus dados pessoais aqui descritos (bem como aqueles referentes aos dependentes menores de idade aqui relacionados) serão utilizados para os fins necessários ao pagamento da indenização do seguro de vida em grupo, seguindo as diretrizes da Política de Privacidade da Generali. Caso você tenha dúvidas sobre **a proteção de dados pessoais**, fique à vontade para entrar em contato conosco pelo e-mail: privacidade@generali.com.br.



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:

www.generali.com.br/home/governanca/privacidade-de-dados/

Estou de acordo com a Política de Privacidade.

_____, ____/____/____
(Local)

Assinatura do(a) Segurado(a)/Reclamante

 **Invalidez Funcional Permanente Total Por Doença – IFPTD**

(A ser preenchido pelo médico assistente do(a) Segurado(a))

⚠ ATENÇÃO: Esta seção do formulário deve ser preenchida caso as condições médicas não possam ser comprovadas por registros oficiais (prontuários e laudos médicos e ambulatoriais). Todas as informações e registros médicos prestados aqui serão de responsabilidade do médico que está preenchendo esse formulário.

Declaração de doenças e suas repercussões incapacitantes:

Informe o diagnóstico e descreva o quadro clínico atual:

O quadro clínico descrito se enquadra como uma doença? Sim Não

Se sim, a doença ainda está ativa? Sim Não

Quando a doença foi diagnosticada? (Informar a data ou a época)

Como foi feito o diagnóstico? (Informar meio do diagnóstico, exemplo: tomografia)

Se foram feitos outros exames, por favor, conte quais foram e as datas em que foram realizados:

Se for possível fazer a Classificação ou Estadiamento da doença/condição, por favor, especifíca-las:

Houve alguma perda permanente no corpo do paciente ou em sua capacidade de executar ações cotidianas por causa desta condição (sequela anatômica ou perda funcional)? Sim Não

Se sim, a condição é permanente (definitiva)? Sim Não

Se houver alguma mudança permanente ou perda de habilidade que não pode mais ser tratada, por favor, nos conte sobre isso. Isso pode incluir aspectos físicos ou psíquicos.

Em sua avaliação, o(a) segurado(a) tem condições de:

a) Deitar, levantar ou andar sem ajuda de outras pessoas? Sim Não

Justifique:

b) Fazer a sua higiene (banho, por exemplo) sem ajuda de outras pessoas? Sim Não

Justifique:

c) Se vestir ou trocar de roupa sem ajuda de outras pessoas? Sim Não

Justifique:

d) Comer sem ajuda de outras pessoas? Sim Não

Justifique:

e) Controlar seus esfíncteres (defecar e urinar)? Sim Não

Justifique:

f) Consegue gerenciar seus próprios negócios e bens? Sim Não

Justifique:

g) Encontra-se mentalmente incapacitado de maneira **total e irrecuperável**? Sim Não

Justifique:

Com base nas evidências apresentadas na avaliação acima, por favor, indique a data em que o segurado foi considerado completa e permanentemente incapaz para executar suas tarefas e cotidiano de forma independente: ___/___/_____



Identificação do Médico Assistente do(a) Segurado(a)

(A ser preenchido pelo médico assistente)

Nome completo do médico:

Especialidade:

CRM:

Telefone: ()



Local, Data e Assinatura sob Carimbo com CRM