

# Aviso de Sinistro – Ramo Vida

Aviso de Sinistro por Invalidez por Acidente – IPA



## 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"/> Invalidez	
<input type="checkbox"/> Afastado <input type="checkbox"/> Outros		<input type="checkbox"/> Tempo de serviço	
Chamamos de "Acidente Pessoal" o evento que causou uma lesão física grave ao Segurado(a). Por causa dessa lesão, deve ter ocorrido a invalidez permanente total ou parcial do(a) Segurado(a) ou necessidade de tratamento médico. Essa lesão deve ser causada por fatores externos, e não por doenças ou causas naturais. Também deve ter ocorrido em uma data específica, de forma inesperada e involuntária à pessoa segurada.			
Aconteceu um acidente pessoal, segundo o conceito acima? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não    Data do Acidente: ___/___/___			
Local do Acidente: <input type="checkbox"/> Residência <input type="checkbox"/> Local de trabalho <input type="checkbox"/> Via pública <input type="checkbox"/> Outros			
Se ocorreu em espaço público, foi um acidente de trânsito? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
Foi feito boletim de ocorrência? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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:			
<hr/> <hr/> <hr/>			

## 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](mailto: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/](http://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 Permanente Total ou Parcial por Acidente**

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

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

Anexar cópia do primeiro atendimento médico e dos exames feitos.

Descrever o quadro clínico e o tratamento passado no primeiro atendimento médico do(a) Segurado(a) (descrever as lesões agudas, suas repercussões imediatas e medidas terapêuticas):

---

---

---

---

Qual o nome e o local da instituição (hospital, pronto-socorro, posto de saúde, etc.) em que foi feito o primeiro atendimento?

---

---

Quais exames foram realizados para definir o quadro clínico do(a) Segurado(a)?

---

---

Descreva 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? \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

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(a) Segurado(a):

---



---



### 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