

# 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:                             |
| Nome Social (É como a pessoa transgênero se identifica e é reconhecida na sociedade.):   |  |   |
| Estipulante ou empresa de quem o segurado contratou o seguro:  |  | Apólice/Certificado:                            |
| Data de admissão:  | Última ocupação:   |   |
| Último dia de trabalho:  | Último salário:  | Telefone:                                       |
| Situação do segurado na data do sinistro:<br><input type="checkbox"/> Ativo <input type="checkbox"/> Aposentado<br><input type="checkbox"/> Afastado <input type="checkbox"/> Outros   | Tipo de aposentadoria:<br><input type="checkbox"/> Idade <input type="checkbox"/> Invalidez<br><input type="checkbox"/> Tempo de serviço | Data do requerimento:<br><br>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? <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:<br>_____<br>_____<br>_____  |  |   |

## Proteção de dados pessoais



Ao preencher este formulário, reconheço e concordo que as informações pessoais de saúde fornecidas serão utilizadas conforme necessário para cumprir os termos do meu contrato de seguro, em conformidade com a 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:

[Política de Privacidade da Generali](#)

Caso você ainda tenha dúvidas sobre esse assunto, fique à vontade para entrar em contato conosco por esse e-mail: [privacidade@generali.com.br](mailto:privacidade@generali.com.br).



Estou de acordo com a Política de Privacidade.


Local, \_\_/\_\_/\_\_\_\_



Assinatura do Segurado/Reclamante

 **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:** Este formulário deve ser usado caso as condições médicas não possam ser comprovadas por registros oficiais. Todas as informações e registros médicos prestados aqui serão de responsabilidade do médico que está preenchendo esse formulário.

Nome completo do médico:

Especialidade:

CRM:

Telefone: ( )

Última ocupação:

Último dia de trabalho:

Último salário:



Local, Data e Assinatura sob Carimbo com CRM