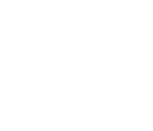
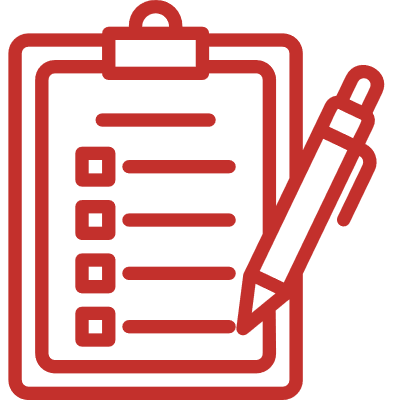
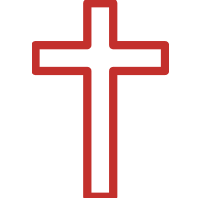
**Aviso de Sinistro – Ramo Vida**

Morte Natural / Acidental



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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Segurado titular: | CPF: | Data de nascimento: |
| Segurado sinistrado: | CPF: | Parentesco: |
| Estipulante / empresa: | Apólice / Certificado: | |
| Data de admissão: | Último dia de trabalho: | Último salário: |
| Listar as outras seguradoras que o segurado tinha seguro: | | |
| O segurado tinha plano de saúde?  Sim  Não  Nome do plano de saúde: | | |
| Alguma outra seguradora já pagou alguma indenização recorrente desse evento?  Sim  Não  Quais? | | |
| Pessoa de contato / reclamante: | | Telefone: ( ) |
| 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 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/Reclamante | | |

**Morte Natural / Acidental**

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

|  |
| --- |
| Conﬁrmo que a morte ocorrida é do tipo:  Morte Natural  Morte Acidental |
| Em que data e hora ocorreu a morte?  Em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_, às \_\_\_\_ horas e \_\_\_\_ minutos, atestado por \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Foi necessário fazer uma necrópsia?  Sim  Não  Se "sim", qual foi o motivo da necrópsia?  **Observação:** os beneﬁciários devem juntar uma cópia do laudo original da necrópsia. | |

No atestado de óbito existe um campo que mostra qual foi a “Causa Mortis”. Por favor, informar abaixo exatamente como está no atestado de óbito:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| "Causa Mortis" primária: | "Causa Mortis" secundária: | "Causa Mortis" terciária: |

|  |
| --- |
| Doença(s) crônica(s) que já existia(m) antes da morte do segurado: |
| Data do diagnóstico: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ |
| O segurado sabia da doença que causou a sua morte?  Sim  Não |
| Desde quando o Segurado sabia das doenças e mudanças na sua saúde?  \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ |
| Quais documentos médicos confirmam as informações acima?  (informar como o segurado e/ou sua família souberam dos fatos) |

|  |
| --- |
| Quando o segurado solicitou seus serviços profissionais?  \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ |
| Quais foram as lesões do segurado? Indique o local, a natureza, e a extensão das lesões. |
| As lesões foram causadas por causa do acidente/doença?  Sim  Não  Se não, quais foram as causas? |
| Havia alguma doença, mutilação ou redução funcional (limitação) já existente?  Sim  Não |
| O segurado recebeu atendimento médico-hospitalar devido a este acidente antes do primeiro atendimento mencionado acima?  Sim  Não  Se sim, onde e por qual médico foi atendido? (Forneça o nome completo, CRM e telefone): |
| Foi feito exame toxicológico?  Sim  Não  Resultado: |

**Identificação do Médico-Assistente do Segurado**

**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: ( ) |
| 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).

