



# FORMULÁRIO DE AVISO DE SINISTRO

## Cobertura de Morte

É indispensável juntar este formulário e certidão de óbito. Para abreviar a pagamento do sinistro pede-se preencher legivelmente todos os itens deste formulário.

### ESTIPULANTE / SUBESTIPULANTE

APÓLICE Nº \_\_\_\_\_

FAVOR PREENCHER COM LETRA DE FÔRMA.

### DADOS DO (A) SEGURADO (A)

NOME COMPLETO DO (A) SEGURADO (A) \_\_\_\_\_

DATA DE NASCIMENTO \_\_\_\_\_

CPF \_\_\_\_\_

TELEFONE RESIDENCIAL  
( ) \_\_\_\_\_

TELEFONE CELULAR  
( ) \_\_\_\_\_

ENDEREÇO (AV/RUA) \_\_\_\_\_

Nº \_\_\_\_\_

COMPLEMENTO \_\_\_\_\_

BAIRRO \_\_\_\_\_

CIDADE \_\_\_\_\_

UF \_\_\_\_\_

CEP \_\_\_\_\_

DATA DE ADMISSÃO  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

DATA DO ÚLTIMO DIA DE  
TRABALHO  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

TIPO DE OCORRÊNCIA:  
☐ MORTE NATURAL  
☐ MORTE ACIDENTAL

### RECLAMANTE

NOME COMPLETO \_\_\_\_\_

GRAU DE PARENTESCO \_\_\_\_\_

IDADE \_\_\_\_\_

ENDEREÇO RESIDENCIAL \_\_\_\_\_

Nº \_\_\_\_\_

COMPLEMENTO \_\_\_\_\_

BAIRRO \_\_\_\_\_

CIDADE \_\_\_\_\_

UF \_\_\_\_\_

E-MAIL \_\_\_\_\_

TELEFONE  
( ) \_\_\_\_\_

CIDADE

DATA

ASSINATURA DO ESTIPULANTE

### DECLARAÇÕES DO MÉDICO

NOME DO FALECIDO (POR EXTENSO) \_\_\_\_\_

DATA DO ÓBITO \_\_\_\_\_

LOCAL DO FALECIMENTO: \_\_\_\_\_  
☐ HOSPITAL  
☐ RESIDÊNCIA  
☐ OUTROS. INDIQUE NOME E ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

CONTRIBUIU A OCUPAÇÃO DO FALECIDO PARA SUA MORTE? \_\_\_\_\_

☐ NÃO

☐ SIM

EM CASO AFIRMATIVO, PORQUE? \_\_\_\_\_

O FALECIMENTO FOI OCASIONADO POR: \_\_\_\_\_

☐ SUICÍDIO

☐ ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO

☐ OUTROS

☐ HOMICÍDIO

☐ MORTE NATURAL

ESPECIFICAR: \_\_\_\_\_

CAUSA IMEDIATA DO FALECIMENTO :

DURAÇÃO DA DOENÇA DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES OBTIDAS (CITAR ANOS, MESES E DIAS) \_\_\_\_\_

DURAÇÃO DA DOENÇA DE ACORDO COM SEU CONHECIMENTO PESSOAL (CITAR ANOS, MESES E DIAS) \_\_\_\_\_

DATA DA SUA VISITA NA PRIMEIRA ENFERMIDADE \_\_\_\_\_

DATA DA SUA VISITA, NA ÚLTIMA ENFERMIDADE \_\_\_\_\_

TEMPO EM QUE ESTEVE O FALECIDO AFASTADO DE SUAS ATIVIDADES PROFISSIONAIS (CITAR ANOS, MESES E DIAS) \_\_\_\_\_

INDIQUE O (S) NOME (S) DE OUTRO (S) MÉDICO (S) QUE TENHA (M) ASSISTIDO, BEM COMO HOSPITAL (IS), QUE O ATENDEU (RAM) POR OCASIÃO DE SUA ENFERMIDADE.

AFIRMO QUE ASSISTI AO FALECIDO NO PERÍODO DE \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ A \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, QUE ASSINEI A CERTIDÃO PARA O REGISTRO CIVIL E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, ESCRITAS DO MEU PRÓPRIO PUNHO, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.

NOME DO MÉDICO: \_\_\_\_\_

CRM: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO CONSULTÓRIO: \_\_\_\_\_

TELEFONE: \_\_\_\_\_

( )

ENDEREÇO RESIDENCIAL: \_\_\_\_\_

TELEFONE: \_\_\_\_\_

( )

LOCAL

DATA

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO  
(COM FIRMA RECONHECIDA)