

# FORMULÁRIO DE AVISO DE SINISTRO

## Cobertura de Morte

É indispensável juntar este formulário à certidão de óbito. Para abreviar o 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: <input type="checkbox"/> MORTE NATURAL <input type="checkbox"/> 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 EXTERNO) —	DATA DO ÓBITO —
----------------------------------	-----------------

LOCAL DO FALECIMENTO: —
<input type="checkbox"/> HOSPITAL
<input type="checkbox"/> RESIDÊNCIA
<input type="checkbox"/> 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)