

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

ESTIPULANTE/SUBESTIPULANTE

<input type="text"/>	APÓLICE Nº <input type="text"/>
----------------------	---------------------------------

FAVOR PREENCHER COM LETRA DE FÔRMA

DADOS DO(A) SEGURADO(A)

NOME COMPLETO DO(A) SEGURADO(A) <input type="text"/>		DATA DE NASCIMENTO <input type="text"/>	
CPF <input type="text"/>	TEL. RESIDENCIAL <input type="text"/> ()	TEL. CELULAR <input type="text"/> ()	
EMAIL <input type="text"/>			
ENDEREÇO <input type="text"/>		Nº <input type="text"/>	COMPLEMENTO <input type="text"/>
BAIRRO <input type="text"/>	CIDADE <input type="text"/>	CEP <input type="text"/>	UF <input type="text"/>
DATA DE ADMISSÃO <input type="text"/>	DATA DO ÚLTIMO DIA DE TRABALHO <input type="text"/>	TIPO DE OCORRÊNCIA <input type="radio"/> MORTE NATURAL <input type="radio"/> MORTE ACIDENTAL	

RECLAMANTE

NOME COMPLETO <input type="text"/>		GRAU DE PARENTESCO <input type="text"/>	IDADE <input type="text"/>
ENDEREÇO <input type="text"/>		Nº <input type="text"/>	COMPLEMENTO <input type="text"/>
BAIRRO <input type="text"/>	CIDADE <input type="text"/>	CEP <input type="text"/>	UF <input type="text"/>
EMAIL <input type="text"/>		TELEFONE <input type="text"/> ()	

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO ESTIPULANTE

DECLARAÇÕES DO MÉDICO

NOME DO FALECIDO (POR EXTENSO) <input type="text"/>		DATA DO ÓBITO <input type="text"/>
LOCAL DO FALECIMENTO <input type="radio"/> HOSPITAL <input type="radio"/> RESIDÊNCIA <input type="radio"/> OUTROS. INDIQUE NOME E ENDEREÇO <input type="text"/>		
CONTRIBUIU A OCUPAÇÃO DO FALECIDO POR SUA MORTE? <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM. EM CASO AFIRMATIVO, PORQUE? <input type="text"/>		
O FALECIMENTO FOI OCASIONADO POR <input type="radio"/> SUICÍDIO <input type="radio"/> ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO <input type="radio"/> OUTROS <input type="radio"/> HOMICÍDIO <input type="radio"/> MORTE NATURAL ESPECIFICAR <input type="text"/>		

CAUSA IMEDIATA DO FALECIMENTO

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

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 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 E DATA

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO