

FORMULÁRIO DE AVISO DE SINISTRO

Cobertura de Morte

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

FAVOR PREENCHER COM LETRA DE FÔRMA

DADOS DO(A) SEGURADO(A)

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

RECLAMANTE

NOME COMPLETO _____	GRAU DE PARENTESCO _____	IDADE _____	
ENDEREÇO _____	Nº _____	COMPLEMENTO _____	
BAIRRO _____	CIDADE _____	CEP _____	UF _____
EMAIL _____	TELEFONE _____ ()		

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO ESTIPULANTE

DECLARAÇÕES DO MÉDICO

NOME DO FALECIDO (POR EXTERNO) _____	DATA DO ÓBITO _____
LOCAL DO FALECIMENTO _____	
<input type="radio"/> HOSPITAL <input type="radio"/> RESIDÊNCIA <input type="radio"/> OUTROS. INDIQUE NOME E ENDEREÇO _____	
CONTRIBUIU A OCUPAÇÃO DO FALECIDO POR SUA MORTE? <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM. EM CASO AFIRMATIVO, PORQUE? _____	
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 _____

CAUSA IMEDIATA DO FALECIMENTO

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

FORMULÁRIO DE AVISO DE SINISTRO

Cobertura de Morte



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