

Apólice	Estipulante		
Segurado	Profissão		Idade
Endereço (rua, nº.,compl.,bairro)			
Cidade	Estado	CEP	Telefone

EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE PREENCHER OS DADOS A SEGUIR.

1. Data e local do Acidente

2. Descrever detalhadamente o acidente

3. Cite o nome e endereço de testemunhas que presenciaram o acidente ou viram o segurado após o acidente

Nome	Endereço
1º.	
2º.	

4. Nome do Médico e do hospital que atendeu o Segurado na ocasião do acidente

5. Data em que procurou assistência médica pela primeira vez

6. Houve boletim de ocorrência ou comunicação de acidente de trabalho?

7. Mantém seguro de Vida/Acidentes pessoais em outra Seguradora? Se sim, citar o nome.

EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR DOENÇA PREENCHER OS DADOS A SEGUIR.

1. O Segurado se encontra em plenas condições de trabalho? Caso negativo, favor informar o motivo.

2. A partir de que data o segurado foi afastado de suas atividades?

3. O segurado se encontra em tratamento médico? A partir de que data?

4. Existe a possibilidade do Segurado voltar a exercer suas atividades?

5. Qual a data em que foi dada entrada na documentação para a aposentadoria do Segurado pela Previdência?

Declaro sob as penas da lei, que as informações acima são verdadeiras, pelas quais assumo inteira responsabilidade.

Local e Data	Assinatura do Segurado	Assinatura do Estipulante
--------------	------------------------	---------------------------

Nome do Segurado

DECLARAÇÃO DO MÉDICO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR ACIDENTE

1. A partir de que data é médico assistente do Segurado?
2. Segundo informações que lhe foram prestadas, qual a causa do acidente?
3. Quais as lesões provocadas pelo Acidente?
4. As lesões são conseqüentes do acidente ou existe outra causa?
5. Na ocasião do acidente o Segurado estava sofrendo de qualquer outra moléstia que não se relacione com o acidente? Em caso afirmativo declare a natureza e até que ponto o seu restabelecimento pode ser retardado
6. O acidente ocasionou a invalidez permanente, redução funcional ou perda do membro lesado? Caso positivo indicar.
7. Descrever quais alterações anatômicas ou funcionais definitivas que produziu o acidente?
8. Houve perda ou impotência funcional (parcial ou total) de algum membro ou órgão, em decorrência do acidente? Descrever grau de redução funcional, ângulos de bloqueio articular e ser for o caso, especifique níveis tipográficos da amputação.
9. A redução funcional é definitiva ou existe a possibilidade de melhora com algum tratamento clínico?
10. Como Médico, pode atestar que o Segurado tenha se submetido em tempo a um tratamento adequado e tenha seguido as prescrições médicas?
11. Por quanto tempo o acidentado ficou completamente impossibilitado de atender às suas ocupações habituais?
De _____ Até _____
12. Houve alta médica? Em que data?
13. Declaração sobre o quadro clínico atual do Segurado

DECLARAÇÃO DO MÉDICO EM CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE POR DOENÇA

1. Diagnóstico da doença
2. Qual a origem, evolução da enfermidade e quando se manifestou no Segurado?
3. A ocupação do Segurado contribuiu para a origem ou o agravamento da doença? Caso positivo, explique
4. O Segurado se encontra completamente impossibilitado para exercer qualquer atividade que lhe traga remuneração? Desde quando?
5. O quadro clínico em que o Segurado se encontra é definitivo?
6. Foi concedida a aposentadoria pela previdência? Em que data?
7. Declarações sobre o quadro clínico atual do Segurado

O abaixo assinado médico assistente declara ter respondido as precedentes perguntas em plena ciência e consciência da verdade.

Nome

CRM

Endereço

Local/Data

Assinatura

Deverá ser reconhecida a firma da assinatura do médico em cartório