



Apólice:	Estipulante:
----------	--------------

DADOS DO SEGURADO PRINCIPAL (PREENCHER SOMENTE QUANDO O SEGURADO SINISTRADO NÃO FOR O PRINCIPAL)

Nº do Segurado:	Nome:	Tipo de doc <input type="checkbox"/> 1.CIC <input type="checkbox"/> 2.RG <input type="checkbox"/> 3. Outros	Nº documento
-----------------	-------	---	--------------

DADOS DO SEGURADO SINISTRADO

Nº do Segurado:	Nome:	Sexo			
Tipo de documento <input type="checkbox"/> 1.CIC <input type="checkbox"/> 2.RG <input type="checkbox"/> 3. Outros	Nº documento	Data de nascimento	Estado civil	Ocupação	
Endereço residencial			Bairro		
Cidade	CEP	UF	Telefone	Data admissão	Último dia de trabalho

SITUAÇÃO E DATA DO SINISTRO

<input type="checkbox"/> ativo	<input type="checkbox"/> afastado	Especifique
<input type="checkbox"/> aposentado	<input type="checkbox"/> outros	

BENEFICIÁRIOS

Nome	Parentesco	Percentual	Idade

DADOS DO SINISTRO

Data	Hora	Local/Endereço	Em serviço? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Tipo de Sinistro		Especifique	
<input type="checkbox"/> Morte Natural			
<input type="checkbox"/> Morte Acidental			
Descrição da ocorrência (narração clara e circunstanciada)			

Ocorrência registrada por autoridade Policial?	
<input type="checkbox"/> Sim	Especifique
<input type="checkbox"/> Não	

Possui seguro em outras companhias?	
<input type="checkbox"/> Sim	Especifique
<input type="checkbox"/> Não	

DADOS DO RECLAMANTE

Nome	Telefone			
Endereço	Bairro	Cidade	UF	CEP

DECLARAÇÃO DO RECLAMANTE

Assumo inteira responsabilidade pela exatidão das informações prestadas acima e autorizo a quaisquer médicos, hospitais e outras entidades, a quem dispenso da obrigatoriedade do sigilo profissional, a prestar todas as informações que forem solicitadas, acerca de tratamentos médicos/hospitalares prestados ao Segurado sinistrado.

Local e Data	Assinatura do Estipulante	Assinatura do Reclamante

Relatório Médico (a ser preenchido pelo médico assistente do sinistrado)

Causa da morte	Data	Local
----------------	------	-------

Diagnóstico etiológico

Data da 1ª consulta	Há quanto tempo trata o segurado?	Duração da doença segundo conhecimento pessoal
---------------------	-----------------------------------	--

Duração da doença segundo informações obtidas	Data da última consulta/diagnóstico
---	-------------------------------------

Quando e de que forma foi diagnosticada a doença que vitimou o segurado?

O Segurado tinha conhecimento da doença que levou ao óbito?	Desde quando?
---	---------------

O Segurado foi tratado anteriormente por outro(s) médico(s)? Sim Não

Nome da entidade onde foi prestado o primeiro atendimento

Endereço	Telefone
----------	----------

Nome do médico que prestou o primeiro atendimento

Endereço	Telefone
----------	----------

Outros médicos que o tenha tratado

Nome	Endereço	Telefone

Descreva as lesões constatadas, que tenham relação com o acidente de que o Segurado foi vítima

Houve internação hospitalar? Nome do Hospital	Data da internação
---	--------------------

Qual o prognóstico?

Outros comentários que julgar importante

Assumo inteira responsabilidade pela exatidão das informações prestadas neste documento. (A firma do médico deverá ser reconhecida obrigatoriamente).

Local e Data	Assinatura do médico sobre carimbo com CRM/CPF
--------------	--

DADOS DO MÉDICO

Nome	Telefone
------	----------

Endereço	Bairro	Cidade	UF	CEP
----------	--------	--------	----	-----