|  |
| --- |
| **DADOS DO SEGURO** |
| **Apólice Vida** | **Apólice Acidentes Pessoais:**       | **Sub Grupo**       | **Certificado**       |
| **Caso o segurado não seja o titular, favor informar grau de parentesco, nome, CPF e Tipo de CPF**[ ]  Cônjuge [ ]  Filho [ ]  CPF Próprio [ ]  CPF Terceiros |
| **Nome sinistrado**      | **CPF**      | **Data de nascimento**      |
| **Estipulante**      | **CPF/CNPJ**      |
| **Contato no estipulante**      | **Telefone**      | **E-mail**      | **Data de admissão na empresa**      |
| **Nome completo do segurado**       | **CPF**      | **Data de nascimento**      |
| **Endereço**      |
| **Bairro**      | **Cidade**      | **UF**     | **CEP**      |
| **DADOS DO SINISTRO** |
| **A pessoa segurada possuia outros seguros?**[ ]  Vida [ ]  Acidentes Pessoais | **Indique a(s) seguradora(s)**      |
| **RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE** |
| Autorização de pesquisa médica**Autorizo na qualidade de Favorecido/Representante Legal que os médicos, hospitais prestem todas as informações solicitadas pela área médica da Sompo Seguros, de acordo com os artigos 102 e 106 do código de Ética Médica.** |
| **Local e Data** | **Assinatura do favorecido ou representante legal** |
| Prezado(a) Doutor (a),Para uma efetiva análise e conclusão do processo em questão, solicitamos o preenchimento completo, da declaração abaixo.**Assessoria Médica Sompo Seguros S.A.** |
| **Quando usar termos técnicos, colocar entre parênteses a expressão corrente do seu significado.****Em caso de falta de espaço, complementar as informações em folha anexa, indicando a referência do item.** |
| **NATUREZA DO SINISTRO** |
| **1. Nome do Paciente**      |
| **1.1.Data do acidente**      | **1.1.1.Data do primeiro atendimento**      | **1.1.2. Quem descreveu o acidente?**      |
| **1.2. Como foi descrito o acidente?**      |
| **1.3. Quais as lesões ocorridas? (Fornecer detalhes)**      |
| **1.4. Lesões contadas são diretamente consequentes de causa traumática? Indique aas causas.**      |
| **1.5.**  **As lesões foram causadas exclusivamente pelo acidente? Indique as causas.**      |
| **1.6.**  **Quais foram os primeiros socorros?**      |
| **1.7.**  **A que tratamento foi submetido posteriormente?**      |
| **1.8.**  **Houve internação hospitalar? Fornecer data e nome do hospital**      |
| **1.9.**  **Sofreu alguma cirurgia? Qual? Em que data**      |
| **1.10.**  **Encontrou alguma patologia ou sequela pré-existente que pudesse ou não agravar as lesões sofridas? Quais?**      |
| **1.11.**  **Encontra-se de alta médica?** **[ ]  Sim** **[ ]  Não** | **A partir de:**      |
| **1.12**  E**ncontrando-se de alta médica, a que terapêutica está sendo submetido?**      |
| **1.13.**  **Ficará com alguma invalidez?****[ ]  Sim [ ]  Não [ ]  Parcial [ ]  Total [ ]  Temporária [ ]  Permanente** |
| **1.14**  **Em caso de invalidez permanente, descreva os detalhes.**      |
| **1.15.**  **Escreva de 0 a 100% a invalidez permanente de cada região em separado.**      |
| **1.16.**  **Observações adicionais que julgar necessária.**      |
| **O abaixo assinado, declarante, responsabiliza-se pela exatidão das informações acima.** |
| **Nome do médico**      | **CPF**      |
| **Endereço (rua, número, complemento)**      | **Bairro**      |
| **Cidade**      | **CRM número**      | **Telefone (ddd e ramal)**      |
| **Reconhecimento da firma** | **Local e data**      |
| **Assinatura e carimbo do médico assistente** |
| **Cartório para reconhecimento de firma** |
| **Endereço do cartório** |

**TERMO DE CESSÃO DE DIREITOS**

Segurado: **(Preencher nome do Segurado)**

Apólice: **(Preencher número da apólice)**

Eu, **(Preencher nome completo)**, portador do documento de identidade n.º **(Preencher número do RG)**, CPF n.º **(Preencher número do CPF),** nascido(a) aos **(Preencher data de nascimento),** residente a **(Preencher endereço: rua, número, bairro, cidade, estado e CEP)**, pelo presente instrumento particular de Cessão de Direitos, na qualidade de beneficiário do Seguro de Vida em Grupo e ou Acidentes Pessoais Coletivo, relativo a apólice estipulada pela empresa **(Preencher nome da empresa)**, mantida na Sompo Seguros S/A, cedo a parte que me cabe referente às Despesas Médicas Hospitalares e/ou Odontológicos, mediante apresentação das Notas Fiscais, em favor do(a) Sr.(a) **(Preencher nome)**, portador(a) do documento de identidade n.º **(Preencher número do RG)**, CPF n.º **(Preencher número do CPF),** nascido(a) aos **(Preencher data de nascimento)**, residente a **(Preencher endereço: rua, número, bairro, cidade, estado e CEP)**.

Diante do acima exposto, confirmo que cedo em caráter irrevogável, em favor da pessoa acima identificada, o valor integral que me é devido no pagamento da indenização pelo ocorrido em **(Preencher data da ocorrência),** dando plena, ampla e geral quitação, para nada mais reclamar sobre o referido seguro, em tempo algum.

(Preencher local e data),    de       de     .

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do CEDENTE (beneficiário) – Reconhecer firma

Fone/DDD: **(Preencher ddd e número do telefone)**

**(Anexar documento de identidade e CPF)**