|  |
| --- |
| **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 do 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** |
| **Data de afastamento do trabalho**      | **Último rendimento/ salário mensal**      | **Licenciamento do INSS**      |
| **Qual a última ocupação da pessoa sinistrada? (nome e código da função)**      |
| **A pessoa sinistrada estava aposentada?**Escolher um item. | **Por tempo de serviço desde**      | **Por motivo de saúde desde**      |
| **Houve afastamento do trabalho por doença ou por acidente nos últimos três anos? Descrimine abaixo.**      |
| **Quando a moléstia se manifestou, o segurado dedicava tempo integral ao serviço ou somente parte dele?**      |
| **Desde que o segurado começou a sentir os primeiros sintomas da doença, levou ao conhecimento da empresa?**      |
| **Trabalhou quantos dias ou meses depois dos primeiros sintomas?**      |
| **A pessoa segurada possuia outros seguros?**[ ]  Vida [ ]  Acidentes Pessoais | **Indique a(s) seguradora(s)**      |
| **Recebeu indenizações decorrentes de acidentes anteriores? Qual(is) a(s) seguradora(s)?**      |
| **Local e Data** | **Assinatura do beneficiário ou representante legal** |
| **Local e Data** | **Assinatura do estipulante (sob carimbo)** |
| **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**      |
| **1.2. Desde que data o médico vem assistindo o paciente?**      |
| **1.3. Doenças invalidantes de que é portador o paciente****Primárias**      **Secundárias**       |
| **IMPORTANTE****1.3.1. Em se tratando de patologia que admita classificação ou estadiamento, por gentileza queira especificá-la**      |
| **1.3.2. Em se tratando de cardiopatia, por gentileza, informar o enquadramento do paciente segundo a classificação funcional da NYHA:DA**       |
| **1.3.3. Em se tratando de patologia neuropsíquica, solicitamos informar se o paciente está apto a gerir seus próprios negócios e bens:**      **Sua alienação mental é parcial /total e incurável?**      |
| **1.3.4. Diante do quadro clínico atual, o colega o considera total e permanentemente inválido para toda e qualquer atividade da qual lhe advenha remuneração ou lucro?**      |
| **1.4. A partir de que data o paciente passou a apresentar manifestações clínicas da(s) doença(s) relacionado(s) com sua invalidez(s) ?****Doenças primárias**      **Doenças secundárias:**      |
| **1.5. Outras patologias que possam ter relação com a sua invalidez, com as datas dos diagnósticos:**       |
| **1.6. O médico foi o primeiro a estabelcer tais diagnósticos caso negativo, por gentileza, informe-quem fez, nome(s) e endereço(s).**       |
| **1.7. A partir de qual data foram iniciados os tratamentos relacionados com as patologias**      **Cite os tratamentos**       |
| **1.8. Exames complementares relacionados com as patologias citadas. Informe os resultados e datas da realização:**      |
| **1.9. O paciente submeteu-se a alguma cirurgia ou tratamento especializado que o tenha obrigado a afastar-se de suas atividades normais de trabalho? Quais e em que datas?**      **Pelas patologias citadas anteriormente:**      **Por outras causas:**      |
| **1.10. Duração da doença principal, segundo seu conhecimento**      **anos**       **meses**      **dias.** **Duração da doença secundária, segundo seu conhecimento**      **anos**       **meses**      **dias.** |
| **1.11. Mencionar quais os médicos e hospitais que assistiram o segurado (indique nome e telefone)**      |
| **1.12. Observações adicionais que julgar necessária**      |
| **O abaixo assinado, declarante, responsabiliza-se pela exatidão das informações acima.** |
| **Nome do médico**      | **Desde quando**      |
| **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** |