|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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** | | | | | | | |