|  |
| --- |
| **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**      |
| **A SER PREENCHIDO PELO ESTIPULANTE OU BENEFICIÁRIO (ou representante legal)** |
| **INDIQUE OS BENEFICIÁRIOS DO SEGURO** |
| **Beneficiários** | **Idade** | **Grau de Parentesco** |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
| **DADOS DO SINISTRO** |
| **Narração circunstancial de como aconteceu o acidente, das causas que provocaram e das suas consequencias**      |
| **Qual a atividade exercida pelo segurado no momento do acidente?**      |
| **Houve testemunhas? (Indique nome e telefone)**      |
| **Houve ocorrência policial?**      |
| **Mencionar quais os médicos e hospitais que assistiram o segurado (Indique nome e telefone)**      |
| **Sofreu o segurado algum acidente anteriormente? Caaso positivo mencionar data ou período e caráter da lesão**      |
| **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 segurado, beneficiário ou representante legal** |
| **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** |