|  |
| --- |
| **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 segurado (dependente)**           | **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** |
| **Narração circunstancial de como aconteceu o acidente, das causas que provocaram e das suas consequências.**           |
| **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? Caso 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 beneficiário ou representante legal** |
| **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 Sinistro**           | **1.1.1.Data do primeiro atendimento**           | **1.1.2. Quem lhe descreveu a acidente?**           |
| **1.2. Como foi descrito o acidente?**           |
| **1.3. Quais as lesões ocorridas? (Fornecer detalhes)**           |
| **1.4. As lesões contadas são diretamente consequentes da causa traumática? Indique as 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(is)? 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 Encontrando-se de alta médica, a que terapêutica está sendo submetido?**           |
| **1.13. Internação(ões) ? Em que data(s)? Em qual hospital?**           |
| **1.14. Ficará com alguma invalidez?****[ ]  Sim** **[ ]  Não** **[ ]  Parcial** **[ ]  Total** **[ ]  Temporária** **[ ]  Permanente** |
| **1.15.**  **Em caso de invalidez permanente, descreva os detalhes.**           |
| **1.16.**  **Escreva de 0 a 100% a invalidez permanente de cada membro ou órgão separadamente.**           |
| **1.17. Observações adicionais**           |
| **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** |