|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 titular** | | | | | | | | | | | | **CPF** | | | | | | | | **Data de nascimento** |
| **Endereço** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Bairro** | | | | | **Cidade** | | | | | | | | **UF** | | | | | | **CEP** | |
| **DADOS DO SINISTRO** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Local** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Descrição do Sinistro** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **A SER PREENCHIDO PELO ESTIPULANTE OU BENEFICIÁRIO (ou representante legal)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Data de afastamento do trabalho** | | | | **Último rendimento/ salário mensal** | | | | | | | | | | **Licenciamento do INSS** | | | | | | |
| **Qual a última ocupação do segurado falecido? (nome e código da função)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **O segurado falecido estava aposentado?**  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.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **A pessoa segurada possuia outros seguros?**  Vida  Acidentes Pessoais | | | | | | **Indique a(s) seguradora(s)** | | | | | | | | | | | | | | |
| **INDIQUE OS BENEFICIÁRIOS DO SEGURO** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Beneficiários** | | | | | | **Idade** | | | | | | | | | | **Grau de Parentesco** | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | |
| **DADOS SOBRE O SEGURADO FALECIDO** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Quando a moléstia se manifestou o segurao dedicava tempo integral ao serviço ou somente parte dele?** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Desde quando o segurado começou a sentir os primeiros sintomas da doença, levou ao conhecimento da empresa?** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Trabalhou mais quantos dias ou meses depois dos primeiros sintomas?** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **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** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **1.1.Data do Sinistro** | | | **1.1.1.Hora do Falecimento** | | | | | | **1.1.2. Nome e Endereço do local do falecimento** | | | | | | | | | | | |
| **1.2 Causa Mortis**  **Primária:**  **Secundária:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **1.3 Desde quando foi médido do paciente?** | | | | | | | | | | | **1.3.1. Por qual motivo?** | | | | | | | | | |
| **1.4 Foi médico do paciente durante a doença causadora da morte?** | | | | | | | | | | | **1.4.1. Data da primeira visita médica relativa a esta doença** | | | | | | | | | |
| **1.5. Data da última visita médica relativa a doença que o vitimou** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **1.6. Qual a doença ou estado que causou diretamente a morte?** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **1.7. Estados mórbidos que produziram a causa registrada acima?** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **1.8. Em sua opinião, há quanto tempo esteve o falecido sofrendo da moléstia que o vitimou?** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **1.9. Tinha o falecido conhecimento da existência da doença que o vitímou?** | | | | | | | | | | **1.9.1. Desde quando?** | | | | | | | | | | |
| **1.10. Os familiares tinham conhecimento da doença que o vitimou? (indicar grau de parentesco e desde quando)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **1.11. Quando foi pela 1º vez consultado pelo falecido, por qualquer parente ou ainda amigo do mesmo sobre a molestia que direta ou indiretamente lhe causou a morte?** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **1.12 Sofreu o paciente alguma intervenção cirúrgica em virtude da doença que o vitimou? Qual (is)?** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **1.13. Internação (ões) ? Em que data(s)? Em qual hospital?** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **1.14 Houve alguma causa especial que direta ou indiretamente contribuiu para a morte? (hábitos, residência, ocupação) especifique:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **1.15. Houve inquérito policial a respeito da morte?** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **1.16. Solicitamos fornecer nomes e telefones dos médicos que atenderam o paciente anteriormente** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **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** | | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| **Autorização** |
| Eu      , portador do RG nº      , Órgão Expedidor/UF       e CPF nº      , residente e domiciliado no endereço      , nº      , Complemento      , Bairro      , Cidade      , UF      , na qualidade de       do (a) segurado (a) em referência, **AUTORIZO**, nos termos da resolução 1658 de 13/12/2002 do Conselho Federal de Medicina e de acordo com os artigos 73 e 77 do Cap. IX do Código de Ética Médica, a Sompo Seguros, CNPJ 61.383.493/0001-80, ou seu representante devidamente autorizado, a solicitar cópias de fichas médicas, de prontuários clínicos, de resultados de exames, relatório de acompanhamento clínico e atestados médicos, com a indicação das doenças tratadas e respectivas datas de diagnósticos e atendimentos, junto aos médicos, hospitais, clínicas, laboratórios, Convênios Médicos, Planos de Saúde, enfim, toda e qualquer entidade pública ou privada, de assistência médico-previdenciária (INSS), e ainda todos documentos junto a órgãos oficiais de segurança pública dos estados, seja delegacia e/ou Instituto Médico Legal, referentes ao sinistrado (a)      .  Autorizo, ainda, que os referidos documentos sejam entregues ao representante autorizado pela Sompo Seguros, com a finalidade exclusiva de que sejam submetidos à análise junto a Seguradora.  Para que produza seus efeitos assino a presente autorização.    Local e Data:  Telefone para contato c/ DDD:     -  Assinatura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Nota: Deverá obrigatoriamente constar o reconhecimento de firma em cartório da assinatura do declarante.** |