|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 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** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **A pessoa segurada possuia outros seguros?**  Vida  Acidentes Pessoais | | | | | **Indique a(s) seguradora(s)** | | | | | | | | | | |
| **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 acidente** | | | **1.1.1.Data do primeiro atendimento** | | | | | | | **1.1.2. Quem descreveu o acidente?** | | | | | |
| **1.2. Como foi descrito o acidente?** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **1.3. Quais as lesões ocorridas? (Fornecer detalhes)** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **1.4. Lesões contadas são diretamente consequentes de causa traumática? Indique aas 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? 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**  E**ncontrando-se de alta médica, a que terapêutica está sendo submetido?** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **1.13.**  **Ficará com alguma invalidez?**  **Sim  Não  Parcial  Total  Temporária  Permanente** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **1.14**  **Em caso de invalidez permanente, descreva os detalhes.** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **1.15.**  **Escreva de 0 a 100% a invalidez permanente de cada região em separado.** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **1.16.**  **Observações adicionais que julgar necessária.** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **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** | | | | | | | |

**TERMO DE CESSÃO DE DIREITOS**

Segurado: **(Preencher nome do Segurado)**

Apólice: **(Preencher número da apólice)**

Eu, **(Preencher nome completo)**, portador do documento de identidade n.º **(Preencher número do RG)**, CPF n.º **(Preencher número do CPF),** nascido(a) aos **(Preencher data de nascimento),** residente a **(Preencher endereço: rua, número, bairro, cidade, estado e CEP)**, pelo presente instrumento particular de Cessão de Direitos, na qualidade de beneficiário do Seguro de Vida em Grupo e ou Acidentes Pessoais Coletivo, relativo a apólice estipulada pela empresa **(Preencher nome da empresa)**, mantida na Sompo Seguros S/A, cedo a parte que me cabe referente às Despesas Médicas Hospitalares e/ou Odontológicos, mediante apresentação das Notas Fiscais, em favor do(a) Sr.(a) **(Preencher nome)**, portador(a) do documento de identidade n.º **(Preencher número do RG)**, CPF n.º **(Preencher número do CPF),** nascido(a) aos **(Preencher data de nascimento)**, residente a **(Preencher endereço: rua, número, bairro, cidade, estado e CEP)**.

Diante do acima exposto, confirmo que cedo em caráter irrevogável, em favor da pessoa acima identificada, o valor integral que me é devido no pagamento da indenização pelo ocorrido em **(Preencher data da ocorrência),** dando plena, ampla e geral quitação, para nada mais reclamar sobre o referido seguro, em tempo algum.

(Preencher local e data),    de       de     .

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do CEDENTE (beneficiário) – Reconhecer firma

Fone/DDD: **(Preencher ddd e número do telefone)**

**(Anexar documento de identidade e CPF)**

|  |
| --- |
| **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.** |