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

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