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