**FORMULÁRIO PARA AVISO DE SINISTRO - SOMPO VIDA**

**Importante:**

Após o preenchimento do formulário favor enviar sua solicitação para o e-mail: **aberturadesinistro@sompo.com.br**

**Obs.:** Os campos com asterisco (\*) são de preenchimento obrigatório.

**DADOS PRELIMINARES DO SINISTRO:**

 **\*Apólice/Proposta:**

 **\*Data do Sinistro:**

 **\*Causa:**

Morte Natural ( ) Morte Acidental ( ) IFPTD ( ) IPA ( ) DIT ( )

**\*Falecimento:**

Segurado ( ) Cônjuge ( ) Filho ( )

**DADOS DE QUEM ESTÁ NOTIFICANDO O SINISTRO:**

\*Nome completo:

\*Telefone:

\*E-mail:

**\*DADOS DA EMPRESA SEGURADA**

\*Nome:

\*CNPJ:

Endereço:

Bairro:

Cidade:

UF:

CEP:

Telefone:

E-mail:

**\*DADOS DA PESSOA SEGURADA: (Titular do Seguro)**

\*Nome completo:

\*CPF:

\*Data de Nascimento:

 Estado Civil:

\*Endereço:

\*Cidade

\*UF:

Bairro:

\*CEP.:

\*Telefone:

\*E-mail:

**\*DADOS DA PESSOA SINISTRADA:**

\*Nome Completo:

\*CPF:

\*Data de Nascimento:

Estado Civil:

\*Endereço:

\*Bairro:

\*Cidade:

\*UF:

\*CEP.:

Data do sinistro:

Causa Mortis ou Lesão IPA ou Causa Invalidez Por doença:

**\*NOTIFICAÇÃO: Morte Acidental / IPA - QUESTIONÁRIO**

Qual foi o tipo de acidente?

Qual é a atividade?

Como foi o acidente? Descreva:

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

Segurado era casado? ( ) sim ( ) Não

O segurado tinha filhos? ( ) sim ( ) Não

Quantos Filhos?

**\*NOTIFICAÇÃO: Morte Natural – QUESTIONÁRIO**

\*O segurado estava em plena atividade de trabalho? ( ) Sim ( ) Não

\*O segurado fazia algum tratamento? ( ) Sim ( ) Não

\*Segurado era casado? ( ) sim ( ) Não

\*O segurado tinha filhos? ( ) sim ( ) Não

\*Quantos Filhos?

**\*NOTIFICAÇÃO: IFPTD - QUESTIONÁRIO**

O segurado estava em plena atividade de trabalho? ( ) Sim ( ) Não

O segurado fazia algum tratamento? ( ) Sim ( ) Não

O segurado estava aposentado pelo INSS?

( ) Sim, qual data a de aposentadoria?

( ) Não.

O segurado possuí relatório médico informando a data da alta definitiva?

( ) Sim, qual a data da alta definitiva

( ) Não.