



Sinistro nº

CARIMBO RECEPÇÃO SEGURADORA

**AVISO DE SINISTROS DE SEGURO DE VIDA EM GRUPO
E/OU ACIDENTES PESSOAIS COLETIVO**

| DECLARAÇÕES DO ESTIPULANTE | | |
|----------------------------|--|---|
| Nome do Estipulante | | Apólice nº SG ____/____/____ |
| Nome do Segurado | | APC ____/____/____ |
| Certificado nº | Admissão Do Segurado ____/____/____ | Afastamento Do Trabalho ____/____/____ |

Local e Data

Assinatura Autorizada

| DECLARAÇÕES DO SEGURADO | | |
|--|---|---|
| Nome | | Nascimento |
| Residência (rua, cidade, estado) | | Telefone |
| Lesão Resultante de <input type="checkbox"/> Moléstia <input type="checkbox"/> Acidente | Se por Moléstia Início dos Sintomas ____/____/____ | Se por Acidente Data do Mesmo ____/____/____ |
| Local do Acidente | Exercia Atividade Profissional <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | |
| Descrever como ocorreu o acidente e as lesões | | |
| Nome e Endereço do Médico Assistente | | |

CASO MANTENHA SEGURO(S) DE ACIDENTES PESSOAIS EM OUTRA(S) COMPANHIA(S) INDIQUE

| Seguradora(s) | GARANTIAS | | |
|---------------|-----------|-----------|-----|
| | Morte | Invalidez | DMH |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Local e Data

Assinatura Autorizada

| DADOS PARA PREENCHIMENTO DA SEGURADORA | | | |
|---|---------------------------------|---|---|
| AVISO DE CANCELAMENTO POR SINISTRO | Sinistro nº | <input type="checkbox"/> Invalidez Total por Acidente | <input type="checkbox"/> Invalidez Total por Doença |
| Nome do Estipulante | | Apólice nº SG ____/____/____ | |
| Nome do Segurado | | APC ____/____/____ | |
| Certificado nº | Data do Aviso ____/____/____ | Data do Sinistro ____/____/____ | Importância Segurada |

DECLARAÇÃO DO MÉDICO ASSISTENTE
- FAVOR PREENCHER EM LETRA DE FORMA -

| | | | |
|---|---|--|--------------------------------------|
| Nome do Segurado | | Primeiro atendimento ____/____/____ | Último atendimento ____/____/____ |
| Diagnóstico (Descrever a causa, natureza e localização pormenorizadamente) | | | |
| Notou indício de alcoolização do Segurado? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | | | |
| Pré existia alguma doença, redução funcional ou mutilação? Em caso afirmativo, descreva. <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | | | |
| No caso de perda de movimento, quais as regiões dos membros atingidos? | | | Percentual de Redução _____ % |
| Possibilidade de recuperação <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | No caso de recuperação, será total ou parcial ? _____ Quanto tempo será necessário? _____ | Considera-o total e permanente inválido para qualquer atividade remunerada? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | |
| Médico (Nome, CRM e Endereço) | | | |

_____ Local e Data

_____ Assinatura e carimbo do Médico

DADOS PARA PREENCHIMENTO DA SEGURADORA

| | | | |
|---------------------------------|---|----------------|------------------------------|
| Data do Aviso ____/____/____ | Data do Início do Risco ____/____/____ | Cobertura | Prêmio Pago Até ____/____ |
| QUANTIAS SEGURADAS | | | |
| Morte | Invalidez | AMDS | DH |
| | | | |
| Executado por | Revisado por | Autorizado por | |
| Parecer do Departamento Médico | | | |
| Anotações Suplementares | | | |