

1. Dados da Apólice

Nome do Estipulante/Subestipulante

Nº da Apólice

2. Dados do Segurado Sinistrado

Nome Completo

Data de Nascimento

CPF

Documento de Identidade/RG

Órgão Emissor/UF

Data da Expedição

Sexo

 Masc. Fem.

Estado Civil

Endereço Residencial

Nº

Complemento

Bairro

Cidade

UF

CEP

Telefone

()

E-mail

Função/Cargo/Ocupação Principal

Data da Admissão/Posse

Último Dia de Trabalho

Dados de Afastamento - Aposentado:

 Sim - Desde: ___/___/___ Não Idade Tempo de Serviço Invalidez

Tipo de Aposentadoria

Renda Média Mensal (em quantidade de salários mínimos)
 Até 3 Sal. Mín. De 3 a 6 Sal. Mín. De 6 a 10 Sal. Mín. Acima de 10 Sal. Mín.

Possui Outros Seguros? Em Quais Seguradoras?

3. Dados do Reclamante/Declarante

Tipo

 Segurado Principal Cônjuge Procurador Curador Beneficiário - Grau de Parentesco _____

Nome Completo

Telefone Celular

()

CPF

Documento de Identidade/RG

Órgão Emissor/UF

Data da Expedição

4. Relação de Documentos para Regulação do Sinistro

Anexos:

- Aviso de sinistro completo.
- Cópia autenticada da Carteira de Identidade e CPF do Segurado.
- Cópia autenticada da CNH, em caso de acidente com veículo dirigido pelo Segurado.
- Cópia do Boletim de Ocorrência Policial, no caso de acidente de trânsito ou qualquer outro acidente que exija intervenção de autoridade policial.
- Cópia autenticada do Laudo do Exame Toxicológico e de Teor Alcoólico, quando realizado.
- Cópia do comprovante de residência do Segurado.
- Relatório do Médico Assistente, devidamente preenchido e assinado pelo Médico.
- Cópia autenticada do Laudo do primeiro atendimento médico-hospitalar e exames complementares realizados.
- Comprovante de pagamento do último prêmio antes da data do sinistro.
- Certidão de Interdição Judicial e Termo de Curatela, quando se tratar de doença mental, anexando a Carteira de Identidade, CPF e comprovante de residência do Segurado ou do Curador.
- Comprovante dos Dados Bancários.

5. Termo de Autorização

Autorizo, nos termos da Resolução 1.658/2002 do Conselho Federal de Medicina, a União Seguradora, ou a quem esta delegar poderes para tanto, a solicitar cópia de fichas médicas, de prontuários clínicos, de resultados de exames, relatório de acompanhamento clínico e atestados médicos, instituições hospitalares e previdências, clínicas, laboratórios, convênios médicos, planos de saúde, enfim, toda e qualquer entidade pública ou privada, onde recebi atendimento médico.

Autorizo, ainda, a utilização do endereço de e-mail indicado neste formulário para fins de solicitação de informações e/ou documentos complementares para a análise e liquidação do sinistro.

Local e Data

Assinatura do Segurado/Representante Legal

Aviso de Sinistro - Invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente (IPA)

Nome Completo do(a) Paciente/Segurado(a)

Data de Nascimento

Esta declaração deverá ser preenchida e assinada pelo Médico assistente do sinistrado.
Para a devida regulação do sinistro, o Médico declarante deve responder completamente todos os quesitos.
Caso os espaços destinados às respostas não forem suficientes, utilizar o campo destinado às observações adicionais.

Data do acidente

Data do primeiro atendimento

Quem lhe descreveu o acidente

Como foi descrito o acidente?

Quais as lesões ocorridas? (Fornecer detalhes)

As lesões relatadas são diretamente consequentes de causa traumática? Indique as causas.

As lesões foram causadas exclusivamente pelo acidente? Indique as causas.

Descrever a evolução do quadro clínico da lesão/disfunção:

Sofreu alguma cirurgia? Não Sim Especifique:

Há tratamento em curso? Não Sim Especifique:

Encontra-se de alta médica? Não Sim

Ficará com alguma invalidez?

Alta em: ____ / ____ / ____.

Não Sim Parcial Total Temporária Permanente

Especifique o grau da limitação funcional existente correspondente a cada membro ou órgão lesionado (de 0 a 100 o percentual de invalidez permanente).

Considera o(a) paciente definitivamente incapaz para exercer suas atividades profissionais? Justificar a resposta

Em que data foram esgotados os recursos terapêuticos disponíveis para reabilitação do(a) paciente e que determinaram sua invalidez em caráter permanente?

O(A) paciente foi tratado(a) anteriormente por outro(s) médico(s)? Não Sim

Informar: Nome/CRM/Telefone

Observações Adicionais

Identificação do Médico Assistente	
Nome	_____
Endereço	_____
E-mail	_____
Especialidade	_____
Local e Data:	_____

Assinatura e Carimbo CRM do Médico Assistente - Reconhecer firma em cartório

DADOS BANCÁRIOS PARA PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DE SINISTRO

TITULAR DA CONTA: _____

CPF: _____

() CONTA CORRENTE

() CONTA POUPANÇA

BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

****ANEXAR CÓPIA DOS DADOS BANCÁRIOS (CARTÃO E/OU EXTRATO) PARA CONFERÊNCIA.**

ATENÇÃO: Para evitar reprogramação de pagamento as seguintes contas não devem, de forma nenhuma, serem indicadas:

- Conta de Pessoa Jurídica;
- Conta salário e/ou benefício;
- Conta conjunta, quando o beneficiário não for o 1º titular;
- Conta tipo FÁCIL: Ver limite de movimentação mensal;
- Conta tipo FÁCIL: operação **023** da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta Poupança: operação **013** da CEF (Caixa Econômica Federal) aberta em lotérica com limite de movimentação financeira mensal;
- Conta bloqueada ou inativa;
- Conta de terceiros.

1. Dados do Segurado

O Preenchimento deste formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro.

Nome	CPF
------	-----

A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização. Contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF.

2. Dados do Beneficiário/Representante Legal

Eu, _____; Estado Civil, _____

RG: _____; CPF: _____, em atenção ao

que determina a Circular Susep 445/2012, declaro:

Endereço (Residência)		Nº	Complemento
Bairro	Cidade	UF	CEP
E-mail	Telefone para Contato (DDD nº)	Celular (DDD nº)	

3. Profissão e Renda - Art. 7º da Circular Susep nº 445/2012

Empresa	Profissão
Cargo	Renda Mensal
	<input type="checkbox"/> Sem Renda <input type="checkbox"/> Até R\$ 2.500,00 <input type="checkbox"/> De R\$ 2.500,01 a R\$ 5.000,00 <input type="checkbox"/> De R\$ 5.500,01 a R\$ 10.000,00 <input type="checkbox"/> Acima de R\$ 10.000,00

Caso não possua renda, informar patrimônio estimado.

4. Declaração - PPE - Art. 4º da Circular Susep nº 445/2012

É Pessoa Politicamente Exposta?* Sim Não

*Consideram-se pessoas politicamente expostas os agentes públicos que desempenham ou tenham desempenhado, nos últimos cinco anos, no Brasil ou em países, territórios e dependências estrangeiras, cargos, empregos ou funções públicas relevantes, assim como seus representantes, familiares e outras pessoas de seu relacionamento próximo.

Declaro que são verdadeiras as informações aqui prestadas, responsabilizando-me na forma da Lei, nos termos do Art. 299, do Código Penal Brasileiro.

Deve ser preenchida uma autorização para cada beneficiário.

Local	Data / /	Assinatura do Beneficiário/Representante Legal
-------	----------	--