Morte Natural / Acidental



|  |
| --- |
| **DADOS CADASTRAIS/DECLARAÇÕES DORECLAMANTE/ESTIPULANTE** |
| Segurado titular: | CPF: | Data de nasc.: |
| Segurado sinistrado: | CPF: | Parentesco: |
| Estipulante/empresa: | Apólice/Certificado: |
| Data de Admissão: | Último dia de trabalho: | Último salário: |
| Situação do segurado na data do sinistroAtivo AposentadoAfastado Outros | Tipo de aposentadoria:Idade Tempo de serviço Invalidez | Data do requerimento: Data da concessão: |
| Mencionar outras seguradoras com as quais possuía seguros: | Possuía plano de saúde: Sim NãoNome do plano de saúde: |
| Já houve recebimento de indenização recorrente desse evento por outra seguradora? Sim Não Quais? |
| Pessoa de contato/reclamante: | Telefone: ( ) |
|  **Assinatura do Reclamante Carimbo e Assinatura do Estipulante** |
|  |
| **MORTE NATURAL / MORTE ACIDENTAL****(Para ser respondido pelo Médico e/ou Instituição médica que prestou atendimento ao Segurado** |
| Confirmado que o caso encerra morte do tipo: Morte Natural Morte AcidentalEm que data e hora ocorreu a morte? Em: / / , às horas e minutos, atestado por CRM: O caso foi indicativo de necropsia? Sim Não. Se “sim” especificar o motivo: Observação: Os beneficiários devem anexar cópia do laudo original de exame necroscópico.**Informar nos quadros abaixo exatamente como foi documentado no atestado de óbito** |
| “Causa Mortis” primária: | “Causa Mortis” secundária: | “Causa Mortis” terciária: |
| Doença(s) crônica(s) preexistente(s) a ocorrência do óbito:Data do diagnóstico: / /  |
| O paciente tinha o pleno conhecimento da existência da doença que a vitimou? Sim NãoDesde quando o Segurado teve conhecimento das ocorrências e alterações em seu estado de saúde? / / Quais as documentações médicas que sustentam as afirmações acima? (Informar como o Segurado e/ou seus familiares tomaram conhecimento dos fatos): |

Morte Natural / Acidental

Em que data o segurado solicitou seus serviços profissionais? / /

Quais foram às lesões constatadas? Indique a sede, a natureza, e a extensão das lesões.

Foram as lesões causadas exclusivamente por acidente/doença?

Em caso negativo, quais foram às causas?

Sim

Não

Foi encontrada alguma doença, mutilação ou redução funcional pré-existente?

Sim

Não

O segurado teve alguma assistência médico-hospitalar em consequência deste acidente, anteriormente ao primeiro atendimento

especificado acima? Sim Não

Onde e por qual médico foi prestada? (informar Nome completo, CRM e telefone)

Houve a realização de exame toxicológico?

Sim

Não

Resultado:

 **IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO ASSISTENTE DO SEGURADO:**

|  |
| --- |
| **Observações:**Ratifica-se que todos os dados e registros médicos acima informados serão de responsabilidade do médico declarante caso não possam ser devidamente comprovados por registros médicos oficiais. |
| Nome completo do médico: |
| Especialidade: | CRM: | Telefone: ( ) |
| **Local, Data e Assinatura sob Carimbo com CRM** | **Espaço destinado ao reconhecimento de firma (em cartório)** |