

| | | | | |
|---|---|--|------------|-----------|
| GRUPO SEGURADOR   | FORMULÁRIO | | CÓDIGO | FR.163 |
| | AVISO DE SINISTRO ACIDENTES PESSOAIS | | VERSÃO | V001-2012 |
| | | | REFERÊNCIA | NP.062 |

| | |
|---------------|------------|
| Nº da Apólice | Nº do Item |
|---------------|------------|

INFORMAÇÕES A RESPEITO DA PESSOA ACIDENTADA

| | | | |
|----------------------|-----------|---|-----------|
| Nome Completo | Idade | Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M | Profissão |
| Endereço Residencial | Município | UF | CEP |

POSSUI SEGURO DE VIDA E/OU ACIDENTES PESSOAIS EM OUTRAS COMPANHIAS? (Caso afirmativo, indicar)

| | | |
|----------------|-------|-----------|
| Tipo de Seguro | Valor | Companhia |
| Tipo de Seguro | Valor | Companhia |

INFORMAÇÕES A RESPEITO DAS CIRCUNSTÂNCIAS DO ACIDENTE

| | | | | |
|-------------------|-----------|----|------|-----|
| Local do Acidente | Município | UF | Hora | CEP |
|-------------------|-----------|----|------|-----|

Nome das testemunhas ou das pessoas que viram o acidentado logo após o acidente

Atividade exercida pelo segurado no momento do acidente

Pessoa que prestou os primeiros socorros

Local e tempo em que estes foram prestados

Nome do Médico que assistiu o segurado

| | | | |
|----------------------|-----------|----|-----|
| Endereço Residencial | Município | UF | CEP |
|----------------------|-----------|----|-----|

DESCREVER COMO OCORREU O ACIDENTE, MENCIONANDO A CAUSA E SUAS CONSEQUÊNCIAS IMEDIATAS

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

O abaixo assinado declara ter respondido as perguntas deste questionário em forma rigorosamente verídica e se responsabiliza pela exatidão das informações fornecidas.

| | |
|------------|----------------------------|
| _____ | _____ |
| Local/Data | Assinatura do Beneficiário |

| | | | | |
|---|---|--|------------|-----------|
| GRUPO SEGURADOR   | FORMULÁRIO | | CÓDIGO | FR.163 |
| | AVISO DE SINISTRO ACIDENTES PESSOAIS | | VERSÃO | V001-2012 |
| | | | REFERÊNCIA | NP.062 |

RELAÇÃO DE DOCUMENTOS NECESSÁRIOS

- Comunicado de Sinistro com Informações Médicas (Preenchidos todos os itens)
 - Cópia do RG/RNE, CPF do segurado e Comprovante de Residência.
 - Anexar exames e laudos médicos que confirmam a Invalidez Permanente
 - Cópia de Boletim de Ocorrência ou Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT); Cópia da CNH se segurado for Condutor
 - Cópia do Registro de Emprego e Carteira Profissional do Funcionário (Parte da Anotação do Afastamento para INSS) – quando se tratar de apólice de Funcionário.
 - Cópia do Holerith Referente ao Último mês em Atividade (Antes do Afastamento)
- Obs.: Todos os documentos necessários para a regulação devem ser autenticados.**

1

NOME DO SEGURADO:

RELATÓRIO DO MÉDICO-ASSISTENTE

| | |
|-------------------|-----------------------------|
| Data do Acidente: | Data do Atendimento Médico: |
|-------------------|-----------------------------|

As lesões constatadas são diretamente conseqüentes de causa traumática?
 SIM NÃO

Em caso negativo, qual é a causa?

Quais as lesões sofridas (diagnóstico)?

Qual o Tratamento Imediato?

| | |
|---|--|
| Encontra-se o segurado com alta médica definitiva? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO | Qual a data da alta médica definitiva? |
|---|--|

Estando o segurado em tratamento, qual o tempo previsto para sua alta e a que terapêutica está sendo submetido?

Ficará o segurado com alguma invalidez?
 SIM NÃO

Em caso de invalidez, classifique:
 Parcial e temporária Parcial e permanente Total e temporária Total e permanente

Em caso de invalidez parcial e permanente, descreva-se com detalhes:

Em caso de invalidez parcial e permanente, como classificaria o percentual de (0 a 100) de perda do órgão lesado? Descrever separadamente.

| | | | | |
|--|---|--|------------|-----------|
| GRUPO SEGUADOR   | FORMULÁRIO | | CÓDIGO | FR.163 |
| | AVISO DE SINISTRO ACIDENTES PESSOAIS | | VERSÃO | V001-2012 |
| | | | REFERÊNCIA | NP.062 |

Quais outras observações V.Sa. julga oportuno fazer?

O abaixo assinado médico-assistente declara ter respondido as perguntas deste questionário em forma rigorosamente verídica, e se responsabiliza pela exatidão das informações fornecidas.

Local/Data

Assinatura e Carimbo do médico Assistente

Nota: com firma reconhecida.

DADOS DO MÉDICO

| | | | | |
|------------------------|--------|----|----------------|-----|
| Nome legível do médico | | | CRM | |
| Endereço Residencial | | Nº | Complemento | CEP |
| Bairro | Cidade | UF | Telefone (DDD) | |