

## AVISO DE SINISTRO POR MORTE NATURAL

Dados Cadastrais / Declarações do Segurado / Estipulante / Beneficiário					
Estipulante/Empresa				Apólice/Certificado	
Nome do Segurado				CPF	
Data de Nascimento	Idade	Data de Admissão	Profissão	Telefone	
Aposentado? [ ] Não [ ] Sim Desde: ____ / ____ / ____			Tipo de Aposentadoria [ ] Idade [ ] Tempo de Serviço [ ] Invalidez		
Mencione outras Seguradoras com as quais possui seguros					
Dados do Sinistrado					
Nome do Sinistrado				CPF	
Logradouro (rua, av., etc.)					
Complemento		Bairro		Cidade	UF
CEP	Telefone		Recado	e-mail	
Descrição do Evento					
Data do falecimento	Hora do falecimento	Local		Causa Mortis	
O evento foi registrado por Autoridade Policial? [ ] Não [ ] Sim		Distrito Policial		Foi feita autópsia? (em caso positivo anexar cópia do laudo) [ ] Não [ ] Sim	
Descrição do evento					
Relatório Médico					
1) Esta declaração deverá ser preenchida e assinada pelo médico que tratou do falecido na sua última enfermidade. 2) Para facilitar o pagamento do seguro, o médico declarante deve responder completamente todos os quesitos. 3) Evitar o uso de termos vagos, como "lesão do coração", "debilidade geral" e semelhantes, exceto se seguidos de explicação detalhada. 4) Caso os espaços destinados às respostas não for suficiente, utilizar a parte destinada às "observações adicionais".					
Desde quando foi seu médico?		Qual motivo?			
Doença ou estado mórbido que causou diretamente a Morte do Segurado (mencionar C.I.D.)					
Início dos sintomas		Quais?			
Início do tratamento		Quais?			
Há quanto tempo na sua opinião, o falecido sofria da moléstia que o vitimou?					
Quais exames foram realizados para esclarecimentos do diagnóstico? Mencionar datas e resultados.					
Tinha o paciente conhecimento da doença? [ ] Não [ ] Sim Desde quando? _____					
Tinham os familiares do paciente conhecimento da doença? [ ] Não [ ] Sim					
Em caso positivo, quem?				Desde quando?	
Houve internação hospitalar?	Período(s)		Hospital(is)		
Foi o paciente submetido à cirurgia, inclusive biópsia? Qual o diagnóstico?					
Era o paciente portador de alguma outra doença? Qual(is)?					
Houve atendimento médico antes do evento?		Datas			
Nome dos médicos responsáveis					

## AVISO DE SINISTRO POR MORTE NATURAL

**Identificação do Médico Assistente**

Nome do Médico		
Endereço		
Cidade/Estado	DDD e Telefone	e-mail
Especialidade	CRM	
Observações-		
<p style="text-align: center;">Local e Data _____</p> <p style="text-align: center;">Assinatura e Carimbo</p>		<p style="text-align: center;">Espaço destinado ao reconhecimento de firma (em cartório)</p>

**Dados dos Beneficiários**

Nome do Beneficiário (1)		CPF	
Logradouro (rua, av., etc.)			
Complemento	Bairro	Cidade	UF
CEP	Telefone	Recado	e-mail
Nome do Beneficiário (2)		CPF	
Logradouro (rua, av., etc.)			
Complemento	Bairro	Cidade	UF
CEP	Telefone	Recado	e-mail
Nome do Beneficiário (3)		CPF	
Logradouro (rua, av., etc.)			
Complemento	Bairro	Cidade	UF
CEP	Telefone	Recado	e-mail
Nome do Beneficiário (4)		CPF	
Logradouro (rua, av., etc.)			
Complemento	Bairro	Cidade	UF
CEP	Telefone	Recado	e-mail