

1 Dados da apólice

Itens de 1 a 3 a serem preenchidos pelo estipulante

Apólice N°	Estipulante / Sub Estipulante
------------	-------------------------------

2 Dados do segurado principal (preencher somente quando o sinistro for de cônjuge)

N° certificado	Nome	
Data nasc.	CPF	Sexo
Ocupação	Data de admissão	Renda / Salário - R\$

3 Dados do segurado sinistrado

Tipo **Segurado principal** **Cônjuge**

Nome do sinistrado

Nascimento	Sexo	CPF	Estado Civil
Ocupação	Data de admissão	Renda / Salário - R\$	

Último dia de trabalho

Situação na data do sinistro **Ativo** **Aposentado (especificar motivo e data)** **Afastado** **Outros (especificar)**

Descrição da ocorrência (narração clara e circunstanciada) e qual o membro ou órgão do corpo atingido:

Data

Assinatura do estipulante

Pessoa de contato

(DDD) Telefone

4 Dados do sinistro

Itens de 4 a 6 a serem preenchidos pelo segurado ou reclamante

Data do evento	Hora	Em serviço <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
Local / endereço	Registro policial <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
Tipo de Sinistro invalidez Permanente Total ou Parcial por Acidente - IPA		
Possui seguro em outras seguradoras? <input type="radio"/> Não <input type="radio"/> Sim	Se positivo, especifique	

5 Dados do reclamante

A ser preenchido pelo segurado

Nome	E-mail	
Endereço		
Bairro	Cidade	UF
CEP	(DDD) Telefone	
Local e data	Assinatura do reclamante	

6

Relatório Médico – Invalidez por Acidente

A ser preenchido pelo médico assistente do sinistrado

Data do acidente Internou-se para tratamento em virtude do acidente que o vitimou Clínico Cirúrgico

Data da internação

Nome hospital Data da alta hospitalar

Encontrou no segurado outros defeitos físicos, moléstias ou doenças existentes antes da data do acidente? Cite especificando lesões/doenças e o percentual de perda funcional.

Quais os tratamentos que o segurado foi submetido até a data indicada acima?

Foram esgotados todos recursos terapêuticos visando a recuperação do paciente? Justifique

Data da definição da(s) seqüela(s)

Descrição da seqüela permanente com perda funcional causada pelo acidente de quê o segurado foi vítima

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Grau (mínimo, médio ou máximo) ou percentual

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Nome do médico responsável

CRM

Local

Data

Assinatura / carimbo

Firma reconhecida do médico