

1 Dados da apólice

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

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

Nome			
N° Certificado	Nascimento	CPF	Sexo
Ocupação	Data de admissão	Renda / Salário - R\$	

3 Dados do segurado sinistrado

Tipo de Segurado Sinistrado: Segurado Principal Cônjuge Filho

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)

Afastado do Serviço nos últimos 05 (cinco) anos por enfermidade? Se positivo, indique o(s) período(s) de afastamento(s) e motivos(s)

Data	Pessoa de contato	(DDD) Telefone
------	-------------------	----------------

Assinatura do estipulante

4 Dados do sinistro

Data do evento	Hora	Em Serviço <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
----------------	------	---

Local/Endereço

Registro policial Sim Não **Tipo de sinistro** Morte natural Morte acidental

Possui seguro em outras seguradoras? Não Sim

5 Dados do reclamante

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

Itens de 1 a 3 a serem preenchidos pelo estipulante

Itens 4 e 5 a serem preenchidos pelo segurado ou reclamante

Campos seguintes preencher somente em caso de acidentes

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

.....
.....
.....

6 Relatório médico – Morte natural

A ser preenchido pelo médico assistente do sinistrado

Data da morte	Causa primária da morte
---------------	-------------------------

Causas secundárias da morte

1	2	3
---	---	---

Data da 1ª consulta médica	Qual o diagnóstico desta época?
----------------------------	---------------------------------

Data da última consulta	Qual o diagnóstico da última consulta?
-------------------------	--

Data início da doença que levou ao óbito	De que forma foi diagnosticada esta doença?
--	---

O segurado tinha conhecimento? Não Sim Desde quando?

O segurado foi tratado anteriormente por outro(s) médico(s)? Não Sim

Especifique abaixo o(s) nome(s) do(s) médico(s) e telefone

Nome	Telefone
------	----------

Nome	Telefone
------	----------

Nome	Telefone
------	----------

Nome	Telefone
------	----------

Nome do médico responsável	CRM
----------------------------	-----

Local	Data	Firma reconhecida do médico
-------	------	-----------------------------

Assinatura / carimbo	
----------------------	--

7 Cesta básica - informações necessárias (preencher somente quando houver a cobertura na apólice)

Nome do beneficiário (conforme observações abaixo)
--

E-mail	(DDD) Telefone
--------	----------------

Endereço	Número	Complemento
----------	--------	-------------

Bairro	Cidade	UF	CEP
--------	--------	----	-----

Valor da cesta	Quantidade de cestas	Outra pessoa autorizada a receber
----------------	----------------------	-----------------------------------

- o beneficiário que terá direito à cesta-básica será aquele indicado pelo segurado principal no cartão-proposta, quando da contratação do seguro, ou na falta de indicação, aquele definido nas condições da apólice ou de acordo com a legislação vigente.
- no caso de existir mais de um beneficiário, terá direito ao recebimento da cesta-básica aquele com maior idade.
- a Zurich Brasil Seguros somente providenciará a entrega da cesta-básica após apurada a cobertura técnica da cláusula.
- a liberação da cesta-básica não implica, por parte da Zurich Brasil Seguros, o reconhecimento de que passam a ser devidas as indenizações previstas por outras cláusulas e/ou coberturas indicadas na apólice.
- as cestas-básicas serão entregues 01 (uma) por mês, durante o período determinado nas condições da apólice.

Assinatura do beneficiário	CPF
----------------------------	-----