

# Formulário - Comunicação de Sinistro por Morte

Código: FR.164

Versão: V002-2013

Referência: NP.062

Nº da Apólice:

Data de Início:

Capital Segurado R\$:

Nº do Certificado:

Cobertura:

## Declaração do Estipulante / Empregador

Declaramos que o nosso associado/empregado SR(a) \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ anos de idade, faleceu no dia \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Recebendo salário mensal de R\$: \_\_\_\_\_.

## Dados do Comunicante

Nome:

(DDD) Telefone:

E-mail:

## Autorização do Beneficiário

Autorizo, na qualidade de beneficiários(a) do(a) segurado(a), os médicos que o(a) trataram, os hospitais ou clínicas onde esteve internado(a), bem como laboratórios onde tenha realizado exames, que prestem todas as informações solicitadas pela **Zurich Minas Brasil Seguros S.A.**, quer sejam através de declarações ou cópias de exames e prontuários Médicos Hospitalares, estando em conformidade com os artigos 102 e 112 do Código de Ética Médica.

Local:

Data:

Assinatura do Beneficiário

## Informações do Médico

Nome do Sinistrado:

Local do Falecimento:

Data:

Hora:

Data de sua primeira visita:

Data da sua última visita:

Desde quando foi seu médico:

Causa Mortis:

Imediata  Mediata

Doença ou estado:

Foi seu médico durante a doença ou acidente ou provocou sua morte?  Sim  Não

Há quanto tempo, na sua opinião, esteve o falecido sofrendo da moléstia que o vitimou?

Por quanto tempo esteve impossibilitado de trabalhar devido à doença ou acidente que o vitimou?

Tinha o falecido conhecimento da existência do mal? Desde quando? (em caso afirmativo)  Sim  Não / /

Grau Parentesco (Familiares):

Desde quando: (em caso afirmativo):

Foi o mesmo submetido a internação hospitalar? Indique as datas (caso afirmativo)  Sim  Não

1) / / 2) / / 3) / / 4) / /

Sofreu o paciente alguma intervenção cirúrgica em virtude da doença ou acidente que o vitimou? Indique as datas (em caso afirmativo)  Sim  Não

1) / / 2) / / 3) / / 4) / /

Quando foi a primeira vez consultado pelo falecido ou por qualquer parente ou amigo do mesmo sobre a moléstia que direta ou indiretamente lhe causou a morte?

Hospital(is) respectivamente:

Hospital(is) respectivamente:

Houve alguma causa especial, direta ou indiretamente para a morte, provenientes de hábitos, ocupação ou residência do falecido?

Outras informações que julgar importante registrar. (Não havendo, inutilize o espaço)

## Declaração do Médico

Afirmo pela presente, que assisti ao falecido desde o dia \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ até o dia \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, e que assinei a declaração de óbito para o registro em cartório e que as respostas acima e no anverso são completas e verdadeiras.

Local:

Data:

Assinatura do Beneficiário

## Dados do Médico

Nome legível do médico:

CRM:

Endereço Residencial:

Nº:

Complemento:

CEP:

Bairro:

Cidade:

UF:

Telefone (DDD):

ZURICH®



ZURICH®

As marcas e sinais distintivos aqui utilizados são registrados em nome da Zurich Insurance Company Ltd em várias jurisdições em todo o mundo.