

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.