

AVISO DE SINISTRO – CAUSAS NATURAIS



DECLARAÇÕES DO ESTIPULANTE

NOME DO ESTIPULANTE:		CPF/CNPJ:	
APÓLICE VIDA EM GRUPO:	APÓLICE ACIDENTES PESSOAIS:	Nº DO CERTIFICADO:	INÍCIO DE VIGÊNCIA DE APÓLICE:
NOME COMPLETO DO SEGURADO PRINCIPAL(TITULAR):			
ENDEREÇO COMPLETO:			
CPF DO SEGURADO PRINCIPAL (TIULAR)	DATA DE NASCIMENTO:	PROFISSÃO:	
NOME COMPLETO DO SEGURADO VITIMADO:			
ENDEREÇO COMPLETO:			
CPF DO SEGURADO VITIMADO:	DATA DE NASCIMENTO:		
ADMITIDO EM:	AFASTOU-SE DO TRABALHO DEFINITIVAMENTE EM:	LICENCIAMENTO POR INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA:	
SALÁRIO NA DATA DO SINISTRO:R\$	ÚLTIMO SALÁRIO:R\$	DE	ATÉ
		CAPITAL SEGURADO: R\$	
ASSINALE A COBERTURA A QUE SE REFERE O SINISTRO:			
<input type="checkbox"/> MORTE NATURAL <input type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA <input type="checkbox"/> DIÁRIA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA <input type="checkbox"/> OUTROS			
LOCAL:	DATA:	ASSINATURA DO ESTIPULANTE	

DECLARAÇÕES DO INTERESSADO

LOCAL DO SINISTRO:	DATA DO SINISTRO:		
DESCREVA O OCORRIDO,SUAS CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS:			
O OCORRIDO FOI PRESENCIADO POR OUTRAS PESSOAS? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	DATA:	HORA:	LOCAL:
NOME:	ENDEREÇO:	TEL: ()	
APÓS O OCORRIDO O SEGURADO FOI SOCORRIDO OU MANTEVE CONTATO COM OUTRAS PESSOAS? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
NOME:	ENDEREÇO:	TEL: ()	
HOUVE INTERVENÇÃO POLICIAL? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO (BOLETIM DE OCORRÊNCIA)	HOUVE INQUÉRITO POLICIAL? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		QUAL O Nº DO INQUÉRITO?
ÓRGÃO POLICIAL QUE REGISTROU A OCORRÊNCIA (ANEXAR CÓPIA):			
INFORME SE O SEGURADO TEM OUTROS SEGUROS DE VIDA/ACIDENTES PESSOAIS/DIT EM OUTRAS SEGURADORAS E QUAL O VALOR?			
SEGURADORA	CAPITAL SEGURADO(EM REAIS)		
LOCAL:	DATA:	ASSINATURA DO DECLARANTE RESPONSÁVEL PELA VERACIDADE DOS FATOS ACIMA	
CARTÓRIO PARA RECONHECIMENTO DE FIRMAS:		ENDEREÇO DO CARTÓRIO	

RELATÓRIO MÉDICO

QUANDO FALTAR ESPAÇO PARA INFORMAÇÕES, UTILIZE FOLHA PRÓPRIA, MENCIONANDO O ÍTEM QUE ESTÁ SENDO COMPLEMENTADO. AS INFORMAÇÕES PRESTADAS POR V.S.A.,

AVISO DE SINISTRO – CAUSAS NATURAIS



DESTINAM-SE À ANÁLISE DA CONSULTORIA MÉDICA DA CHUBB SEGUROS, A QUAL MANTERÁ SIGILO, DE ACORDO COM O QUE DETERMINA O CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA.			
NOME DO PACIENTE:		CPF DO PACIENTE:	
		SEXO: <input type="checkbox"/> FEMININO <input type="checkbox"/> MASCULINO	
1-ESPECIFICAR A DOENÇA/DIAGNÓSTICO PRINCIPAL/ CID,QUE CAUSOU A MORTE OU A INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA DO PACIENTE:			
2-DATA DOS PRIMEIROS SINTOMAS:		DATA DO PRIMEIRO ATENDIMENTO:	
3-HISTÓRICO CLÍNICO			
4-PROCEDIMENTOS REALIZADOS:			
5-ESPECIFICAR DOENÇA/ DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIOS/ CID'S:			
6-DATA EM QUE FOI CONSTATADA A DOENÇA DO PACIENTE, QUE LHE CAUSOU A MORTE OU INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA:			
7-INTERNAÇÕES HOSPITALARES:			
DOENÇA PRINCIPAL:	LOCAL:	DATA:	
DOENÇA SECUNDÁRIA:	LOCAL:	DATA:	
8-HÁ QUANTO TEMPO ERA O PACIENTE CONHECEDOR DA(S) DOENÇA(S) QUE CAUSOU-LHE A MORTE OU INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA:			
-DOENÇA PRINCIPAL: DIAS, MESES, ANOS		-DOENÇA SECUNDÁRIA DIAS, MESES, ANOS	
9-NO CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR DOENÇA PODE-SE AFIRMAR: <input type="checkbox"/> É DEFINITIVA E IMPEDE O PACIENTE EXERCER QUALQUER TIPO DE ATIVIDADE REMUNERADA. <input type="checkbox"/> É DEFINITIVA, POREM POSSIBILITA O PACIENTE EXERCER OUTRO TIPO DE ATIVIDADE REMUNERADA. <input type="checkbox"/> NÃO É DEFINITIVA JUSTIFIQUE O ÍTEM ACIMA SELECIONADO:		FOI CONCEDIDA APOSENTADORIA PELA PREVIDÊNCIA? EM QUE DATA:	
10-QUANTO TEMPO FICARÁ O PACIENTE AFASTADO DE SUAS ATIVIDADES PROFISSIONAIS? DIAS, MESES, ANOS			
JUSTIFIQUE			
11-A DOENÇA QUE ACOMETEU O PACIENTE É CONSIDERADA COMO LER / DORT?		JUSTIFIQUE:	
12- ACUIDADE VISUAL POR DOENÇA			
ESCALA DE SNELLEN	ESCALA DE SNELLEN	ESCALA DE WECKER	ESCALA DE WECKER
SEM CORREÇÃO:	COM CORREÇÃO:	SEM CORREÇÃO:	COM CORREÇÃO:
OD: OE:	OD: OE:	OD: OE:	OD: OE:
INFORMAR AS AMETROPIAS EXISTENTES (EM DIOPTRIAS).	FUNDO DE OLHO:	MOTILIDADE OCULAR (EXTRÍNSICA E INTRÍNSICA).	SENSO CROMÁTICO:
OD: OE:	OD: OE:	OD: OE:	OD: OE:
TONOMETRIA		BIOMICROSCOPIA	
OD: OE:		OD: OE:	
DIAGNÓSTICOS:			
ETIOLOGIA:			
IDENTIFICAÇÃO MÉDICA			
NOME:		ESPECIALIDADE:	NºCRM/ESTADO:
END./TEL.:		CONSULTÓRIO/HOSPITAL:	
NOME E TELEFONE DE OUTROS PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS ANTERIORMENTE NO TRATAMENTO MÉDICO DO PACIENTE:			
LOCAL:	DATA:	ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO ASSISTENTE:	
CARTÓRIO PARA RECONHECIMENTO DE FIRMAS:		ENDEREÇO DO CARTÓRIO	
NOME DO SEGURADO		CPF	