

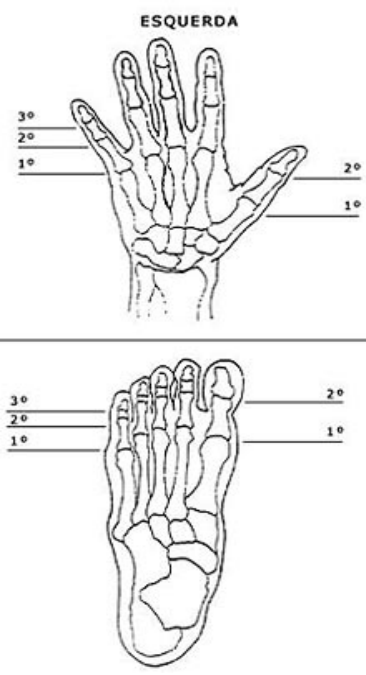
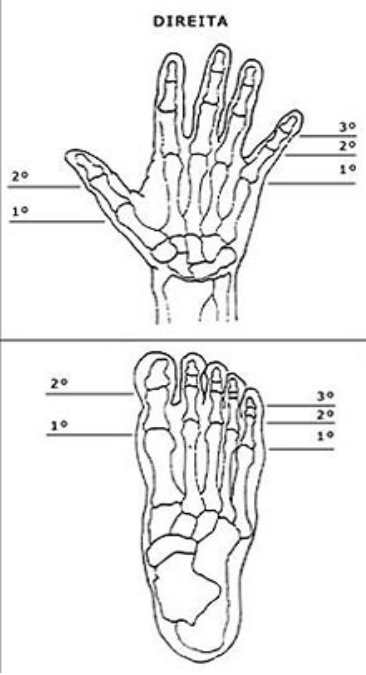
**AVISO DE SINISTRO – CAUSAS ACIDENTAIS**



<b>DECLARAÇÕES DO ESTIPULANTE</b>			
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:	
		DE	ATÉ
SALÁRIO NA DATA DO SINISTRO:R\$	ÚLTIMO SALÁRIO:R\$	CAPITAL SEGURADO: R\$	
ASSINALE A COBERTURA A QUE SE REFERE O SINISTRO:			
<input type="checkbox"/> MORTE ACIDENTAL <input type="checkbox"/> INVALIDEZ TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE <input type="checkbox"/> DIÁRIA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA DIT <input type="checkbox"/> OUTROS			
LOCAL:	DATA:	ASSINATURA DO ESTIPULANTE	
<b>DECLARAÇÕES DO INTERESSADO</b>			
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	

**AVISO DE SINISTRO – CAUSAS ACIDENTAIS**



RELATÓRIO MÉDICO			
QUANDO FALTAR ESPAÇO PARA INFORMAÇÕES, UTILIZE FOLHA PRÓPRIA, MENCIONANDO O ÍTEM QUE ESTÁ SENDO COMPLEMENTADO. AS INFORMAÇÕES PRESTADAS POR V.S.A., 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.			
APOS O ACIDENTE FOI REALIZADO: <input type="checkbox"/> COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DO TRABALHO <input type="checkbox"/> BOLETIM DE OCORRÊNCIA <input type="checkbox"/> LAUDO DE NECROPSIA <input type="checkbox"/> EXAME TOXICOLÓGICO <input type="checkbox"/> DOSAGEM ALCOÓLICA (ASSINALAR E ANEXAR)			
NOME DO PACIENTE:		CPF DO PACIENTE:	
SEXO: <input type="checkbox"/> FEMININO <input type="checkbox"/> MASCULINO			
LOCAL DO ACIDENTE:	DATA:	LOCAL DO FALECIMENTO:	DATA:
1-DATA DO PRIMEIRO ATENDIMENTO:			
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:			
DATA DE OUTROS ATENDIMENTOS:		MOTIVO:	
QUE TIPO DE EXAMES COMPLEMENTARES FORAM FEITOS:			
3-AS LESÕES CONSTATADAS NO PACIENTE SÃO EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE? (ACIDENTE É UM EVENTO SUBITO,VIOLENTO E EXTERNO)			
4-ENCONTROU NO ACIDENTADO,QUALQUER DEFEITO FÍSICO OU DOENÇA PREEEXISTENTE AO ACIDENTADO?			
5-ENCONTRA-SE O PACIENTE SOB TRATAMENTO MÉDICO?	QUAIS?	DATA DA ALTA MÉDICA OU REVISÃO DEFINITIVA.	
6-EM CONSEQUÊNCIA DO ACIDENTE, HAVERÁ REDUÇÃO OU PERDA FUNCIONAL DO MEMBRO OU ÓRGÃO LESADO DO PACIENTE? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		QUAIS?	
7-QUAL O GRAU DE REDUÇÃO OU PERDA FUNCIONAL DO PACIENTE?(DETERMINAR EM GRAU MÍNIMO, MÉDIO, MÁXIMO E ESTABELECE O PERCENTUAL.			
8-A PERDA FUNCIONAL DO MEMBRO / ÓRGÃO, ESTÁ RELACIONADA COM A OCUPAÇÃO DO PACIENTE? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	QUAL A FUNÇÃO?	É CONSIDERADA LER / DORT?	
<b>ESQUERDA</b> 		<b>DIREITA</b> 	
9-NO CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE 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-EM RAZÃO DO ACIDENTE, QUANTO TEMPO FICARÁ O PACIENTE AFASTADO DE SUAS ATIVIDADES PROFISSIONAIS? JUSTIFIQUE:		DIAS,	MESES, ANOS.

**AVISO DE SINISTRO – CAUSAS ACIDENTAIS**



ACUIDADE VISUAL:(INVALIDEZ POR ACIDENTE)		
ESCALA DE SNELLEN		ESCALA DE WECKER
SEM CORREÇÃO:		SEM CORREÇÃO:
OD:	OD:	
OE:	OE:	
COM CORREÇÃO:		COM CORREÇÃO:
OD:	OD:	
OE:	OE:	
INFORMAR AS AMETROPIAS EXISTENTES (EM DIOPTRIAS).		FUNDO DE OLHO:
OD:	OD:	
OE:	OE:	
MOTILIDADE OCULAR (EXTRÍNSICA E ENTRÍNSICA).		SENSO CROMÁTICO:
OD:	OD:	
OE:	OE:	
TONOMETRIA		BIOMICROSCOPIA
OD:	OD:	
OE:	OE:	
DIAGNÓSTICOS:		
ETIOLOGIA:		
NO CASO DE INVALIDEZ POR ACIDENTE, A PERDA DA FUNÇÃO AUDITIVA É CONSIDERADA COMO:		
<input type="checkbox"/> TOTAL E DEFINITIVA DE OMBOS OS OUVIDOS <input type="checkbox"/> PARCIAL DE AMBOS OS OUVIDOS <input type="checkbox"/> TOTAL E DEFINITIVA DE UM DOS OUVIDOS <input type="checkbox"/> PARCIAL DE UM DOS OUVIDOS		
QUAL É O NÍVEL DE PERDA DA FUNÇÃO AUDITIVA?                      %		
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