

## AVISO DE SINISTRO - PANPROTEGE MORTE

### 1. DADOS DO SEGURADO

NOME DO SEGURADO:		CPF:	
ENDEREÇO:			DATA DE NASC.: ___/___/___
BAIRRO:	CIDADE:	UF:	CEP:
TELEFONE CELULAR (DDD):	TELEFONE RESIDÊNCIAL (DDD):		

### 2. SELECIONE A CAUSA DO EVENTO

<input type="checkbox"/> MORTE NATURAL	<input type="checkbox"/> MORTE ACIDENTAL	DATA OCORRÊNCIA: ___/___/___
--	--	------------------------------

### 3. DADOS DO RECLAMANTE

NOME DO RECLAMANTE:		CPF:		
ENDEREÇO:				DATA DE NASC. ___/___/___
BAIRRO:	CIDADE:	UF:	CEP:	RELAÇÃO COM SEGURADO:
AUTORIZA A COMUNICAÇÃO ENTRE A PAN SEGUROS E O RECLAMANTE ?			<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
MEIOS DE CONTATO:				
<input type="checkbox"/> E-MAIL (INFORMAR E-MAIL ABAIXO) <input type="checkbox"/> SMS (INFORMAR NÚMERO ABAIXO) <input type="checkbox"/> CARTA FÍSICA <input type="checkbox"/> NENHUMA DAS OPÇÕES				
E-MAIL:				
TELEFONE CELULAR (DDD):		TELEFONE RESIDÊNCIAL (DDD):		

Estou ciente de que o presente documento não implica no prévio reconhecimento por parte da Seguradora quanto ao direito em receber qualquer indenização, a qual fica condicionada à análise da cobertura e condições do seguro contratado. Ao assinar o presente termo, declaro para os devidos fins e efeitos, que as informações prestadas são verdadeiras e completas, declaro ainda estar ciente que caso seja constatada qualquer omissão, inexatidão e / ou irregularidade nas informações aqui apresentadas, que contrariem o disposto nas Condições Gerais e Especiais do Seguro, bem como na Legislação Civil, perderei o direito à indenização do seguro. Com a efetivação do crédito e o consequente pagamento da indenização de acordo com o contrato de seguro, outorgo à Pan Seguros S/A, livre de qualquer coação ou pressão, a mais ampla, plena, geral, irrevogável e irretroatável quitação para nada mais reclamar, seja a que título for, em Juízo ou fora dele.

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO RECLAMANTE/ BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE  
LEGAL

PARA PREENCHIMENTO DO MÉDICO DO SEGURADO / SINISTRADO

#### 4. RELATÓRIO MÉDICO

QUAL A DATA DO ÓBITO?	TOMOU CONHECIMENTO DE ALGUM ATEDIMENTO MÉDICO ANTERIOR, RELACIONADO AO ÓBITO? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM. DETALHES:
FOI MÉDICO DO SEGURADO/SINISTRADO DURANTE A DOENÇA QUE O VITIMOU? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM, INFORME A DATA DA 1ª CONSULTA E QUADRO CLÍNICO INICIAL:	
INFORME AS CAUSAS DA MORTE, INCLUSIVE COM OS RESPECTIVOS CID'S: PRIMÁRIAS:	
SECUNDÁRIAS:	
INFORME (SE HOVER) OS ANTECEDENTES CLÍNICOS QUE POSSUEM NEXO CAUSAL COM O ÓBITO: DIAGNÓSTICOS, DATAS E TRATAMENTOS REALIZADOS, DOENÇAS DE BASE E DATAS DE SEUS DIAGNÓSTICOS):	
HOUE INTERNAÇÕES ANTERIORES? EM QUAIS DATAS E LOCAIS? POR QUAIS MOTIVOS?	
QUAIS OS EXAMES REALIZADOS, DATAS E RESULTADOS?	
TINHA CONHECIMENTO DAS DOENÇAS QUE O VITIMOU? DESDE QUANDO? <input type="checkbox"/> SIM. DESDE: <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO TENHO CONDIÇÕES DE PRESTAR AS INFORMAÇÕES ACIMA, POIS APENAS ATESTEI O ÓBITO. SEGUE (M) ANEXO NOME (S), TELEFONE (S) E ENDEREÇO (S) DO (S) MÉDICO (S) DO SEGURADO.	

#### 5. DADOS DO MÉDICO RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO

NOME LEGÍVEL			CRM	
ESPECIALIDADE	ENDEREÇO COMERCIAL			
CIDADE	UF	CEP	TELEFONE	
E-MAIL				

#### PREZADO (A) MÉDICO (A):

- QUANDO USAR TERMOS TÉCNICOS, COLOCAR ENTRE PARÊNTESES A EXPRESSÃO CORRENTE DO SEU SIGNIFICADO.
- EM CASO DE FALTA DE ESPAÇO COMPLEMENTAR AS INFORMAÇÕES EM FOLHA ANEXA INDICANDO A REFERÊNCIA DO ITEM
- FAVOR DATAR, ASSINAR E CARIMBAR ESTE FORMULÁRIO, AUTORIZANDO O CONTATO DA ASSESSORIA MÉDICA DA SEGURADORA, PARA FINS DE ESCLARECIMENTOS ADICIONAIS SOBRE OS DADOS MÉDICOS REGISTRADOS, CASO NECESSÁRIOS.

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO MÉDICO E CARIMBO COM CRM

**DOCUMENTOS A SEREM ANEXADOS A ESTE FORMULÁRIO, PREENCHIDO E ENTREGUE À SEGURADORA**

**NECESSÁRIO ENCAMINHAR OS DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS ABAIXO, APÓS IDENTIFICAR QUAIS OS DOCUMENTOS ADICIONAIS SE ENCAIXAM NO SEU CASO**

**DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA ABERTURA DO SINISTRO**

- FORMULÁRIO DE AVISO DE SINISTRO DEVIDAMENTE PREENCHIDO E ASSINADO PELO REPRESENTANTE LEGAL
- CÓPIA SIMPLES DO RG OU CNH DO SEGURADO
- CÓPIA SIMPLES OU NÚMERO DO CPF DO SEGURADO
- CÓPIA DO COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA ATUALIZADO EMITIDO NOS ÚLTIMOS 03 MESES EM NOME DO SEGURADO
- CÓPIA SIMPLES DA CERTIDÃO DE ÓBITO
- RELATÓRIO MÉDICO DETALHANDO DIAGNÓSTICO E INÍCIO DO TRATAMENTO APLICADO
- LAUDOS E EXAMES REFERENTES A PATOLOGIA QUE LEVOU O SEGURADO A ÓBITO;

**EM CASO DE MORTE ACIDENTAL, ENCAMINHAR TAMBÉM:**

- CÓPIA DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA (PARA FALECIMENTO EM CASO DE ACIDENTE)
- CÓPIA SIMPLES DO LAUDO DE EXAME NECROSCÓPICO ELABORADO PELO IML (SE HOUVER)
- CÓPIA DA CNH, CASO O SEGURADO FOSSE CONDUTOR DO VEÍCULO NO MOMENTO DO ACIDENTE
- CÓPIA DOS EXAMES COMPLEMENTARES (DOSAGEM ALCOÓLICA E TOXICOLÓGICO) EM CASO DE ACIDENTE

**NOTA**

- a) A ENTREGA DE TODA A DOCUMENTAÇÃO AGILIZA A ANÁLISE DO PROCESSO
- b) CASO HAJA NECESSIDADE, DOCUMENTOS ADICIONAIS PODERÃO SER SOLICITADOS PELA SEGURADORA
- c) INFORMAMOS QUE O PRAZO DE ANÁLISE SÃO DE 30 DIAS A CONTAR DO RECEBIMENTO DAS DOCUMENTAÇÕES ACIMA CITADAS.

** Fale com a PAN Seguros**

Central de Atendimento	Serviço de Atendimento ao Consumidor	Atendimento a Deficientes Auditivos e/ou com dificuldade de Fala	Ouvidoria
Para consultas e informações sobre apólices e sinistros: <b>0800-775-9191</b> 2ª a 6ª feira, das 8h às 20h- Exceto Feriados.	Para reclamações, cancelamentos, sugestões, elogios e informações gerais sobre produtos e serviços: <b>0800 776 2252</b> Diariamente, 24hs	<b>0800 776 2253</b> Diariamente, 24hs	Se não ficar satisfeito com a solução apresentada pelo SAC, com o número do protocolo em mãos, contate a Ouvidoria: <b>0800 776 2254</b> 2ª a 6ª feira, das 9h às 18h- Exceto Feriados.