

1. DADOS DO SEGURADO – TITULAR DA APÓLICE

NOME DA EMPRESA (SOMENTE QUANDO O SEGURO FOR FEITO PELA EMPRESA)		CNPJ	
NOME DO SEGURADO TITULAR		CPF	
ENDEREÇO			
BAIRRO	CIDADE	UF	CEP

2. DADOS DO SINISTRADO – PREENCHER SOMENTE NO CASO DE NÃO SER O SEGURADO TITULAR

NOME DO SINISTRADO		CPF	DATA DE NASCIMENTO
ENDEREÇO			
BAIRRO	CIDADE	UF	CEP
SELECIONE A CAUSA DO EVENTO <input type="checkbox"/> MORTE NATURAL <input type="checkbox"/> MORTE ACIDENTAL	SELECIONE A COBERTURA DO SINISTRADO <input type="checkbox"/> MORTE DO CÔNJUGE <input type="checkbox"/> MORTE DOS FILHOS		

3. DADOS DO RECLAMANTE

NOME DO RECLAMANTE		CPF	DATA DE NASCIMENTO
ENDEREÇO			
BAIRRO	CIDADE	UF	CEP

DADOS PARA CONTATO	
TELEFONE (com DDD):	WHATSAPP/SMS (com DDD):
E-MAIL:	

AUTORIZO A SEGURADORA A ENTRAR EM CONTATO PELOS MEIOS DE COMUNICAÇÃO (E-MAIL/SMS/WHATSAPP/CARTA FÍSICA/TELEFONE), INDICADOS ACIMA, PARA INFORMAÇÕES REFERENTE AO ANDAMENTO DA ANÁLISE OU PARA SOLICITAÇÃO DE DOCUMENTOS/INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

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 TOO SEGUROS S/A, LIVRE DE QUALQUER COAÇÃO OU PRESSÃO, A MAIS AMPLA, PLENA, GERAL, IRREVOGÁVEL E IRRETRATÁVEL QUITAÇÃO PARA NADA MAIS RECLAMAR, SEJA A QUE TÍTULO FOR, EM JUÍZO OU FORA DELE.

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO SEGURADO/RECLAMANTE/BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

PARA PREENCHIMENTO DO MÉDICO DO SEGURADO | SINISTRADO

4. RELATÓRIO MÉDICO

QUAL A DATA DO ÓBITO?	TOMOU CONHECIMENTO DE ALGUM ATENDIMENTO 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 HOUVER) 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 DE: ____/____/____ <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO TENHO CONDIÇÕES DE PRESTAR AS INFORMAÇÕES ACIMA, POIS APENAS ATESTEI O ÓBITO	

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

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

A) DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA ABERTURA DO SINISTRO

- FORMULÁRIO DE AVISO DE SINISTRO DEVIDAMENTE PREENCHIDO E ASSINADO PELO BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL
- CÓPIA SIMPLES DO RG OU CNH DO SEGURADO
- CÓPIA SIMPLES OU NÚMERO DO CPF DO SEGURADO
- CÓPIA SIMPLES DO COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA ATUALIZADO EMITIDO NOS ÚLTIMOS 03 MESES EM NOME DO SEGURADO
- CÓPIA SIMPLES DA CERTIDÃO DE ÓBITO
- CÓPIA SIMPLES DA CERTIDÃO DE CASAMENTO ATUALIZADA, EMITIDA APÓS O ÓBITO
- CERTIDÃO DE UNIÃO ESTÁVEL E/OU DECLARAÇÃO DE CONVIVÊNCIA CONJUGAL

B) BENEFICIÁRIOS

- CÓPIA SIMPLES DO CARTÃO PROPOSTA, COM DESIGNAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS (SE HOUVER)
- DECLARAÇÃO DE HERDEIROS, COM FIRMA RECONHECIDA DA ASSINATURA DO DECLARANTE E DAS TESTEMUNHAS
- CÓPIA SIMPLES DO RG OU CNH DE TODOS OS HERDEIROS DO SEGURADO
- CÓPIA SIMPLES OU NÚMERO DO CPF DOS HERDEIROS
- CÓPIA SIMPLES DO COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA ATUALIZADO EMITIDO NOS ÚLTIMOS 03 MESES EM NOME DE CADA UM DOS HERDEIROS
- CÓPIA SIMPLES DOS DADOS BANCÁRIOS COMPLETOS DO (S) BENEFICIÁRIO (S) E CÓPIA SIMPLES DE UM COMPROVANTE (EX.: CÓPIA DO CARTÃO OU CABEÇALHO DO EXTRATO BANCÁRIO)
- AUTORIZAÇÃO DE CRÉDITO PREENCHIDA POR TODOS BENEFICIÁRIOS (FORMULÁRIO DISPONÍVEL NO SITE)

C) NO CASO DE UNIÃO ESTÁVEL, ENVIAR CÓPIA SIMPLES DE 2 (DOIS) DOS DOCUMENTOS A SEGUIR:

- CÓPIA SIMPLES DA DECLARAÇÃO DO IMPOSTO DE RENDA E/OU DECLARAÇÃO DO INSS ONDE CONSTA O (A) COMPANHEIRO (A) COMO DEPENDENTE
- CÓPIA SIMPLES DO COMPROVANTE DE RECEBIMENTO DE PENSÃO POR MORTE EXPEDIDA PELO INSS
- CÓPIA SIMPLES DO COMPROVANTE DE DEPENDENTE NO CONVÊNIO MÉDICO
- TUTELA E/OU DECLARAÇÃO DE PÁTRIO PODER PARA BENEFICIÁRIOS MENORES DE 18 ANOS

D) EM CASO DE MORTE ACIDENTAL, ENVIAR TAMBÉM:

- CÓPIA SIMPLES DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA
- CÓPIA SIMPLES DO LAUDO DE EXAME NECROSCÓPICO ELABORADO PELO IML (SE HOUVER)

E) EM CASO MORTE DO CÔNJUGE – ENVIAR TAMBÉM:

- CÓPIA DO RG E CPF DO CÔNJUGE
- CÓPIA SIMPLES COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA ATUALIZADO EMITIDO NOS ÚLTIMOS 03 MESES DO CÔNJUGE
- CÓPIA SIMPLES DA CERTIDÃO DE CASAMENTO ATUALIZADA, EMITIDA APÓS O ÓBITO
- DECLARAÇÃO DE UNIÃO ESTÁVEL

F) EM CASO MORTE DO FILHO – ENVIAR TAMBÉM:

- CÓPIA SIMPLES DO CERTIDÃO DE NASCIMENTO, RG OU CNH DO FILHO
- CÓPIA SIMPLES OU NÚMERO DO CPF DO FILHO
- COMPROVANTE DE DESPESAS COM O FUNERAL

G) EM CASO AUXÍLIO FUNERAL, ENVIAR TAMBÉM:

A PESSOA QUE PAGOU AS DESPESAS DO AUXÍLIO-FUNERAL DEVERÁ INFORMAR OS DADOS BANCÁRIOS NA AUTORIZAÇÃO DE CRÉDITO). CASO SOLICITE AUXÍLIO FUNERAL, ENVIAR TAMBÉM:

- CÓPIA SIMPLES DO RG OU CPF DO CONTRATANTE DAS DESPESAS
- CÓPIA SIMPLES DO CPF DO CONTRATANTE DAS DESPESAS

- CÓPIA SIMPLES DO COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA ATUALIZADO EMITIDO NOS ÚLTIMOS 03 MESES DO CONTRATANTE DAS DESPESAS.
- NOTAS FISCAIS E OUTROS COMPROVANTES ORIGINAIS DAS DESPESAS EFETUADAS COM O FUNERAL

H) EM CASO DE SEGURO EMPRESA – PARA SEGUROS CONTRATADOS PELA EMPRESA, ENVIAR TAMBÉM:

- DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE (DPS) – Corretor ou RH da empresa
- CÓPIA SIMPLES DO CARTÃO PROPOSTA, COM DESIGNAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS (SE HOUVER)
- CÓPIA SIMPLES DO ÚLTIMO HOLERITE
- CÓPIA SIMPLES DO CONTRATO SOCIAL ATUALIZADO
- FICHA DO EMPREGADO ATUALIZADO

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.

 Canais de Relacionamento	Central de Atendimento	SAC	Atendimento Deficiente Auditivo e de Fala	Ouvidoria
	Para consultas e informações sobre apólices e sinistros: 0800 775 9191 2ª à 6ª feira, das 8h às 20h (exceto feriados)	Para reclamações, cancelamentos, sugestões, elogios e informações gerais sobre produtos ou serviços: 0800 776 2252 Diariamente, 24h	0800 776 2253 Diariamente, 24h	Caso não esteja satisfeito com a solução: 0800 776 2254 2ª a 6ª feira, das 9h às 18h.