

1. DADOS DO SEGURADO

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

2. DADOS DO RECLAMANTE

NOME DO RECLAMANTE		CPF	DATA DE NASCIMENTO
ENDEREÇO		RELAÇÃO COM O SEGURADO	
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

3. 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 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 DE: ____/____/____ <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO TENHO CONDIÇÕES DE PRESTAR AS INFORMAÇÕES ACIMA, POIS APENAS ATESTEI O ÓBITO	

4. 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

5. 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 REPRESENTANTE LEGAL
- CÓPIA SIMPLES DO RG OU CNH DO SEGURADO
- CÓPIA SIMPLES DO CPF OU CNH DO SEGURADO
- CÓPIA SIMPLES DO COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA ATUALIZADO EMITIDO NOS ÚLTIMOS 03 MESES DO SEGURADO
- CÓPIA SIMPLES DA CERTIDÃO DE ÓBITO
- RELATÓRIO MÉDICO DETALHANDO DIAGNÓSTICO E INÍCIO DO TRATAMENTO APLICADO
- CÓPIA SIMPLES DOS LAUDOS E EXAMES REFERENTES A PATOLOGIA QUE LEVOU O SEGURADO A ÓBITO

B) EM CASO DE MORTE ACIDENTAL, ENCAMINHAR TAMBÉM:

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

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.