

# AVISO DE SINISTRO

## Morte Acidental/Morte Natural/Auxílio-funeral

Leia atentamente as informações e relação de documentos solicitados a seguir para que possamos analisar o processo de sinistro com maior agilidade e veracidade. Este formulário deve ser devidamente preenchido e encaminhado junto aos documentos solicitados para a GENTE SEGURADORA no endereço: Rua Mal. Floriano Peixoto, 450 – Centro Histórico CEP: 90020-060 Porto Alegre/RS. Aos cuidados da área de Sinistros.

Observações: 1. Durante a análise do processo poderão ser solicitados documentos complementares necessários para a continuidade na análise; 2. Após o recebimento da documentação completa pela GENTE SEGURADORA, e não havendo necessidades de complementação, o prazo de regulação do processo é de 30 dias. 3. O andamento do processo poderá ser acompanhado através do SAC, telefones **0800 602 0088 / 51 3023 8888**

### OS DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA ABERTURA E ANÁLISE DA SOLICITAÇÃO:

- Formulário "Aviso de Sinistro" devidamente preenchido e assinado;
- Formulário "Relatório Médico Assistente" devidamente preenchido e assinado pelo médico assistente;
- Cópia autenticada do RG e CPF do segurado;
- Cópia autenticada da certidão de óbito;
- Cópia autenticada do Comprovante de vínculo empregatício do segurado (ficha cadastro funcionário, ficha rescisão contratual, extrato FGTS, etc.);
- "Declaração de únicos herdeiros" para os casos em que o segurado não indique beneficiários, com assinaturas reconhecidas por autenticidade;
- Cópia com data de emissão atualizada da Certidão de Casamento ou cópia autenticada da Certidão de Óbito do cônjuge do segurado (se falecido);
- Cópias autenticadas do RG, CPF e comprovante de residência dos beneficiários;
- Formulário de "Autorização de Pagamento de Indenização" devidamente preenchido e assinado, com cópia do comprovante da conta bancária (cabeçalho do extrato ou cartão da conta) do herdeiro/beneficiário;

### EM CASO DE MORTE ACIDENTAL DEVERÁ SER ACRESCIDO A DOCUMENTAÇÃO ANTES MENCIONADA, OS DOCUMENTOS ABAIXO RELACIONADOS:

- Cópia autenticada da Carteira Nacional de Habilitação caso o óbito tenha ocorrido devido a acidente automobilístico, em que o segurado tenha sido condutor do veículo;
- Cópia autenticada do Laudo de Necropsia (se realizado);
- Cópia autenticada do Laudo de Teor Alcoólico (se realizado);
- Cópia autenticada da ocorrência policial (se realizado);
- Cópia autenticada do Inquérito Policial fase atual (se realizado);

### EM CASO DE FUNERAL DEVERÁ SER ACRESCIDO A DOCUMENTAÇÃO ANTES MENCIONADA, OS DOCUMENTOS ABAIXO RELACIONADOS:

- Notas Fiscais originais com descrição dos serviços prestados com o funeral do segurado – carimbadas e assinadas pelo emitente (em caso de nota eletrônica);
- Cópia autenticada do RG e CPF do custeador das despesas com o funeral do segurado;
- Comprovante de residência e dados bancários do custeador das despesas com o funeral do segurado.

## DECLARAÇÕES DO COMUNICANTE

TIPO DE SINISTRO:  Morte Natural  Morte Acidental  Auxílio-funeral Data de Falecimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome completo do falecido: \_\_\_\_\_

CPF do falecido: \_\_\_\_\_ Última ocupação: \_\_\_\_\_

Local do falecimento: \_\_\_\_\_

Nome do comunicante: \_\_\_\_\_ CPF do comunicante: \_\_\_\_\_

Grau de parentesco com o falecido: \_\_\_\_\_

Endereço do comunicante: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_ Telefone Fixo: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Descrição do Sinistro: \_\_\_\_\_

**Em caso de acidente, qual o tipo?**  Trânsito  Trabalho  Doméstico  Outros – **Em caso de acidente automobilístico**  Condutor  Passageiro  Pedestre

Evento registrado por autoridade policial?  Sim  Não. Foi realizado exame necroscópico/corpo e delito?  Sim  Não

Foi realizado exame de dosagem alcoólica ou Drogas ou entorpecentes?  Sim  Não. Foi instaurado inquérito policial?  Sim  Não

Estou ciente que as informações prestadas são de minha inteira responsabilidade.

Local e Data

Assinatura do Comunicante

**RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE**

O questionário a seguir deve ser preenchido pelo médico que assistiu o segurado/falecido antes do óbito e não pelo médico que declarou o óbito, a não ser que seja o mesmo.

Nome do Falecido: \_\_\_\_\_

1. A Morte foi ocasionada por ( ) Suicídio ( ) Homicídio ( ) Acidente ( ) Moléstia
2. Atendeu o falecido com relação à lesão ou moléstia que o vitimou? ( ) Não ( ) Sim. Qual a data da primeira consulta? \_\_\_\_\_
3. Tomou conhecimento de algum atendimento médico anterior relacionado à lesão ou moléstia que o vitimou? ( ) Não ( ) Sim.
4. O óbito ocorreu no hospital? ( ) Não ( ) Sim. Qual a data de entrada no hospital? \_\_\_\_\_
5. Permaneceu hospitalizado sem interrupção até a sua morte? ( ) Não ( ) Sim
6. Data de sua última visita \_\_\_\_\_ Data do falecimento \_\_\_\_\_
7. Causa imediata da morte e moléstia que a produziu: \_\_\_\_\_
8. O falecido realizou exames para o diagnóstico da moléstia? ( ) Não ( ) Sim. Em que data(s)? \_\_\_\_\_
9. Quais os exames realizados no item 8? \_\_\_\_\_
10. Qual foi o diagnóstico? \_\_\_\_\_ CID \_\_\_\_\_
11. De que outras moléstias sofreu o falecido que possuemnexo causal com o óbito? \_\_\_\_\_
12. Desde quando o falecido esteve sofrendo das moléstias indicadas no item 11? \_\_\_\_\_
13. Tratou o falecido, antes da sua última enfermidade? ( ) Não ( ) Sim. Quando? \_\_\_\_\_ Qual o motivo? \_\_\_\_\_
14. O falecido ou os familiares estavam cientes das moléstias que o vitimaram? \_\_\_\_\_ Desde que data? \_\_\_\_\_
15. Por quanto tempo esteve o falecido em casa, ou impossibilitado de exercer suas atividades profissionais devido a(s) moléstia(s) relatada(s)?
16. Observações ou comentários

**DADOS DO MÉDICO**

Nome do Médico: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

Endereço Comercial completo: \_\_\_\_\_

Telefone ( ) \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

**Local e Data****Assinatura e carimbo do médico**

**Situação Profissional**

Nº da apólice (uso interno da Cia) \_\_\_\_\_

Nome da Empresa: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

E-mail de contato: \_\_\_\_\_

Nome do Falecido: \_\_\_\_\_

Data Admissão: \_\_\_\_\_ Última ocupação: \_\_\_\_\_ Último dia de trabalho: \_\_\_\_\_

Valor último salário: \_\_\_\_\_ Afastado do serviço anteriormente por enfermidade? ( ) Sim ( ) Não

Período \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Causa \_\_\_\_\_

Período \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Causa \_\_\_\_\_

Aposentado? ( ) Sim ( ) Não

Data da aposentadoria: \_\_\_\_\_ Motivo: \_\_\_\_\_

Desde quando o segurado passou a faltar acentuadamente em virtude da moléstia?

Trabalhou mais quanto tempo após os primeiros sintomas?

Possui outras apólices de ( ) Vida ( ) Acidentes Pessoais ( ) Pecúlio ( ) Renda

Se sim, qual Seguradora/Entidade: \_\_\_\_\_ Nº da apólice: \_\_\_\_\_

Estou ciente que as informações prestadas são de minha inteira responsabilidade.

Local e Data

Carimbo e Assinatura do Estipulante