



**GLOSSÁRIO DE DOCUMENTOS PARA ANÁLISE  
DE SINISTROS**



Elaborado: Elisabete Pereira Silva  
Edição: Kleiver Alves do Carmo  
Colaboração: Roberto Dias Ferraz, Kleiver Alves do Carmo, Ogue de Jesus  
Junior e Rogério Santana de Sales  
Contato: [tiraduvidas.sinistros@qbe.com.br](mailto:tiraduvidas.sinistros@qbe.com.br)  
[www.qbe.com.br](http://www.qbe.com.br)

Ago/2009

## SUMÁRIO

1	DESEMPREGO .....	3
1.1	CTPS – Carteira de Trabalho da Previdência Social (páginas).....	3
1.1.1	Página posterior ao contrato de Trabalho com autenticação a partir (data informada pelo Técnico da Seguradora).....	3
1.2	Termo de Rescisão de Contrato de Trabalho .....	3
2	INCAPACIDADE FÍSICA TEMPORÁRIA POR DOENÇA OU ACIDENTE .....	4
2.1	Atestado Médico .....	4
3	INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE.....	4
3.1	Formulário Aviso de Sinistro .....	4
3.2	CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho).....	4
3.3	Relatório Médico, Atestado, Exames e Radiografias .....	4
3.4	Exame de Corpo de Delito.....	4
3.5	Carta de Concessão de Aposentadoria .....	4
3.6	Termo de Curatela.....	4
4	MORTE .....	5
4.1	Certidão de Óbito .....	5
4.2	Boletim de Ocorrência .....	5
4.3	Inquérito Policial .....	5
4.3.1	Laudo do IML (Instituto Médico Legal) .....	5
4.3.2	Laudo de Dosagem Alcoólica e Toxicológica .....	5
4.3.3	Laudo do Instituto de Criminalística ou Laudo da Polícia Técnica ou Laudo Pericial .....	6
4.3.4	Depoimento(s) de Testemunha(s).....	6
4.3.5	Despacho(s) do Ministério Público .....	6
4.3.6	Conclusão.....	6
4.3.7	Arquivamento.....	6
4.4	RG (Registro Geral).....	7
4.5	CPF (Cadastro de Pessoa Física) .....	7
4.6	CNH (Carteira Nacional de Habilitação) .....	7
4.7	Comprovante de Residência (conta de telefone, água, luz, etc...) .....	7
4.8	Número de Telefone para Contato .....	7
4.9	Certidão de Casamento atualizada com averbação do Óbito .....	8
4.10	Certidão de Nascimento .....	8
4.11	Declaração de Únicos Herdeiros (filhos).....	8
4.12	Declaração de Únicos Herdeiros – pais do segurado - (segurado solteiro, não mantinha união estável e não tinha filhos).....	8
4.13	Declaração de Convivência Marital.....	9
4.14	Declaração do INSS (Instituto Nacional de Serviço Social) .....	9
4.15	Declaração de Imposto de Renda .....	9
4.16	Alvará Judicial .....	9
5	RENDA DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR.....	10
5.1	Formulário Aviso de Sinistro .....	10
6	ANEXOS.....	11
6.1	Anexo 1 – Minuta da Declaração de Residência.....	11
6.2	Anexo 2 – Minuta da Declaração de Herdeiros – Filhos. ....	12
6.3	Anexo 3 – Minuta da Declaração de Herdeiros – Pais.....	13
6.4	Anexo 4 – Minuta da Declaração de Convivência Marital. ....	14
6.5	Anexo 5 – Formulário Aviso de Sinistro .....	15
6.6	Instrução para Preenchimento do Formulário Aviso de Sinistro de Vida e Acidentes Pessoais: .....	18

## GLOSSÁRIO DE DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA ANÁLISE DE SINISTRO

### 1 DESEMPREGO

#### 1.1 CTPS – Carteira de Trabalho da Previdência Social (páginas)

Documentos necessários para comprovação do vínculo empregatício através da CLT (Consolidação das Leis Trabalhistas).

##### 1.1.1 Página posterior ao contrato de Trabalho com autenticação a partir (data informada pelo Técnico da Seguradora)

Documento necessário para comprovação do cumprimento da franquia que, pode ser com autenticação de 30 dias após a data da demissão ou 15 dias após a data da demissão, dependendo das condições da apólice.

Quando na(s) página(s) da CTPS (Carteira de Trabalho da Previdência Social) constar "Vide página...", a página citada também deverá ser enviada, pois nesta página constará alguma retificação/informação referente aos dados informados.

A CTPS (Carteira de Trabalho da Previdência Social), que tiver todas as páginas de "Contrato de Trabalho - Admissão e Demissão" preenchidas, ou seja, que não possuir mais a página posterior ao contrato rescindido e que está sendo reclamado, o segurado sinistrado deverá tirar uma nova CTPS (Carteira de Trabalho da Previdência Social) e enviar as páginas de "Identificação Visual, Qualificação e a 1ª página do "Contrato de Trabalho - Admissão e Demissão" com autenticação de acordo com a franquia da apólice.

#### 1.2 Termo de Rescisão de Contrato de Trabalho

Documento necessário para comprovação da causa do afastamento (Demitido sem Justa Causa, Demitido por justa Causa ou por Pedido de Dispensa). É expedido pela empresa empregadora.

**Obs.: O Termo de Rescisão Contratual Homologado poderá ser substituído pelo documento "Comunicação de Dispensa – CD - Seguro Desemprego", desde que a cópia tenha o carimbo da Caixa Econômica Federal e esteja autenticada.**

#### **Renda Diária de Internação Hospitalar por Doença ou Invalidez Permanente e Total por Doença – (campos 41 ao 51)**

Os campos deverão ser preenchidos pelo médico do segurado sinistrado

**Obs.: Caso o campo 42 não tenha sido preenchido, teremos que solicitar documento(s) complementar(es).**

#### **Renda Diária de Internação Hospitalar por Acidente ou Invalidez Permanente e Total por Acidente – (campos 52 ao 72)**

Os campos deverão ser preenchidos pelo médico do segurado sinistrado

#### **Nome do Médico - (campo 73)**

Nome do médico que preencheu o formulário Aviso de Sinistro.

#### **CRM (Conselho Regional de Medicina) - (campo 74)**

Nº do CRM do médico que preencheu o formulário Aviso de Sinistro.

#### **Endereço do Médico - (campo 75)**

Endereço do Médico que preencheu o formulário Aviso de Sinistro.

#### **Datas e Assinaturas – Local e Data - (campo 76)**

Cidade e data que o médico preencheu/assinou o formulário Aviso de Sinistro.

#### **Assinatura do Médico com firma reconhecida, Carimbo e CRM – (campo 77)**

Assinatura com firma reconhecida e carimbo do CRM do médico que preencheu o formulário Aviso de Sinistro.

#### **Datas e Assinaturas – Local e Data - (campo 78)**

Cidade e data que o segurado preencheu/assinou o formulário Aviso de Sinistro.

#### **Assinatura do Segurado ou Responsável pela Comunicação do Sinistro – Nome e Documento de Identificação – (campo 79)**

Assinatura do segurado ou responsável pelas informações no formulário Aviso de Sinistro.

Informar o nome do segurado ou responsável pelas informações no formulário Aviso de Sinistro e o nº do documento de identificação.

**Última Remuneração - p/ indenização de múltiplo salarial- (campo 09)**

Preencher com o valor do salário bruto correspondente a data do evento.  
Esta informação somente será necessária para indenização de múltiplo salarial do **Seguro Proteção Plena Renda**.

**Documento de Identidade (campo 10)**

Preencher com o nº do RG (Registro Geral) do segurado que sofreu o evento (segurado sinistrado).

**Profissão/Cargo/Função (campo 11)**

Preencher com a profissão do segurado que sofreu o evento (segurado sinistrado).

**Nº CPF (campo 12)**

Preencher com o nº do CPF (Cadastro de Pessoa Física) do segurado que sofreu o evento (segurado sinistrado).

**Endereço (campo 13)**

Preencher com o endereço completo do segurado que sofreu o evento (segurado sinistrado).

**Cidade (campo 14)**

Preencher com o nome da cidade onde mora o segurado que sofreu o evento (segurado sinistrado).

**UF (campo 15)**

Preencher com a sigla do estado onde mora o segurado que sofreu o evento (segurado sinistrado).

**CEP (campo 16)**

Preencher com o CEP do local onde mora o segurado que sofreu o evento (segurado sinistrado).

**Telefone com DDD (campo 17)**

Preencher com o nº do telefone com o código de área (DDD) do segurado que sofreu o evento (segurado sinistrado).

**Causa do Sinistro (campo 18)**

Assinalar a cobertura que está sendo reclamada.

**Morte Natural - (campos 19 ao 40)**

Os campos deverão ser preenchidos pelo médico do segurado sinistrado.  
No caso de morte acidental não será necessário preencher o formulário Aviso de Sinistro.

**2 INCAPACIDADE FÍSICA TEMPORÁRIA POR DOENÇA OU ACIDENTE****2.1 Atestado Médico**

Documento necessário para comprovação do período (início e fim) que o segurado ficou afastado das atividades profissionais.

**3 INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE****3.1 Formulário Aviso de Sinistro**

Documento necessário para comprovação da data do evento/acidente, invalidez, grau das seqüelas deixadas e alta definitiva do segurado sinistrado. **Portanto é necessário que o Formulário Aviso de Sinistro esteja devidamente preenchido com firma reconhecida do médico** – (Anexo 5 – Formulário Aviso de Sinistro e Instrução de preenchimento do formulário).

**3.2 CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho)**

Documento necessário quando o evento/acidente ocorreu durante o expediente de trabalho. O CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho) é emitido pela empresa empregadora.

**3.3 Relatório Médico, Atestado, Exames e Radiografias**

Documentos necessários para comprovação, elucidação e complemento das informações constantes no formulário de Aviso de Sinistro e no caso de análise do Depto. Médico da seguradora.

**3.4 Exame de Corpo de Delito**

Documento necessário para verificação/comprovação das lesões corporais deixadas pelo crime/acidente, sendo realizado também nos casos de estupro, aborto, etc. O exame é realizado no IML (Instituto Médico Legal) e será necessário para análise do Depto. Médico da seguradora.

**3.5 Carta de Concessão de Aposentadoria**

Documento necessário para comprovação da data que foi requerida a aposentadoria, data que foi concedida, e por qual motivo o segurado foi aposentado (acidente, doença, tempo de serviço).

**3.6 Termo de Curatela**

Documento necessário no caso em que o segurado/beneficiário não tem condições de gerir os seus bens. Mediante declaração médica a família deverá constituir um advogado para que seja solicitado ao Poder Judiciário o pedido de interdição do segurado que após perícia judicial e constatado o estado do mesmo, será expedido um Termo de Curatela com um Curador responsável pelo segurado.

## 4 MORTE

### 4.1 Certidão de Óbito

Documento necessário para comprovação da cobertura de morte natural ou acidental. É o registro do falecimento no Cartório Civil mediante à apresentação do Atestado de Óbito ou Declaração de Óbito que são emitidos por um hospital ou por um médico legista. Portanto, **Certidão de Óbito é diferente de Atestado de Óbito ou Declaração de Óbito.**

### 4.2 Boletim de Ocorrência

Documento necessário para reclamação da cobertura de morte acidental e em alguns casos para reclamação da cobertura de Invalidez Permanente e Total por Acidente. É expedido pela Delegacia e/ou órgão competente (Polícia Civil, Polícia Rodoviária e Corpo de Bombeiros).

### 4.3 Inquérito Policial

Documento necessário para reclamação da cobertura de morte acidental e em alguns casos para reclamação da cobertura de Invalidez Permanente e Total por Acidente. O Inquérito Policial é composto pelas seguintes peças/documentos: Boletim de Ocorrência, Laudo do IML (Instituto Médico Legal), Laudo de Dosagem Alcoólica e Toxicológica, Laudo do Instituto de Criminalística, Depoimentos de Testemunhas, Despacho(s) do Ministério Público, Conclusão e Arquivamento do Inquérito Policial. As peças do Inquérito são necessárias para melhor elucidação do evento (acidente/crime):

#### 4.3.1 Laudo do IML (Instituto Médico Legal)

Documento expedido pelo órgão competente com a necropsia/exame médico das diferentes partes do corpo da vítima e com a conclusão da causa morte. Dependendo da cidade onde ocorreu o evento, não há IML (Instituto Médico Legal), neste caso, **será necessária uma declaração da Delegacia informando o motivo pelo qual não foi realizada a necropsia.**

#### 4.3.2 Laudo de Dosagem Alcoólica e Toxicológica

Documento expedido pelo órgão competente informando se a vítima havia ingerido álcool ou droga e qual a quantidade de cada substância ingerida. Dependendo da cidade e das circunstâncias do local onde ocorreu o evento (falta de material para realização do exame) não são realizados exames de dosagem alcoólica e/ou toxicológica, neste caso, **será necessária uma declaração da Delegacia informando que não foi realizado exame de dosagem alcoólica e/ou toxicológica.**

## 6.6 Instrução para Preenchimento do Formulário Aviso de Sinistro de Vida e Acidentes Pessoais:

### Nº Apólice (campo 01)

Preencher com o nº da apólice que consta no Certificado de Seguro. Caso não tenha recebido o Certificado de Seguro, deixar o campo em branco.

### Estipulante/Sub-Estipulante (campo 02)

Preencher com o nome da empresa (Cia. de energia, Cia. de Telefone, Lojas de Varejo, etc.) com a qual o segurado tem seguro com a QBE Brasil Seguros S/A.

### Nome Completo (campo 03)

Preencher com o nome completo do segurado que sofreu o evento, ou seja, do segurado sinistrado. E assinalar se quem sofreu o acidente foi: Segurado Principal ou Cônjuge ou Filho.

### Idade (campo 04)

Preencher com a idade do segurado que sofreu o evento (segurado sinistrado).

### Sexo (campo 05)

Preencher com o sexo (feminino ou masculino) do segurado que sofreu o evento (segurado sinistrado).

### Estado Civil (campo 06)

Preencher com o estado civil (solteiro, casado, viúvo, etc.) do segurado que sofreu o evento (segurado sinistrado).

### Data de Inclusão na Apólice (campo 07)

Preencher com a data que o segurado principal foi incluído na apólice. Caso não saiba a data da inclusão, deixar o campo em branco.

### Último Dia de Trabalho - p/ cobertura de IPTA – Invalidez Permanente e Total por Acidente e IPD – Invalidez Permanente e Total Por Doença - (campo 08)

Preencher com a data do último dia trabalhado. Esta informação somente será necessária para as reclamações das coberturas de IPTA – Invalidez Permanente e Total por Acidente e IPD - Invalidez Permanente e Total por Doença.



MENCIONAR OUTROS MÉDICOS QUE TRATARAM DO SEGURADO: NOME/CRM E ENDEREÇO) (71)		
INFORMAÇÕES ADICIONAIS: (72)		
SE NECESSÁRIO, PARA ESCLARECIMENTO DE QUALQUER ITEM DESTES FORMULÁRIO, ACRESCENTE FOLHAS AVULSAS, CONTENDO ASSINATURA E IDENTIFICAÇÃO.		
<b>DADOS DO MÉDICO</b>		
AFIRMO QUE AS RESPOSTAS CONTIDAS NESTE FORMULÁRIO SÃO VERDADEIRAS		
NOME (73)	CRM (74)	ENDEREÇO: (75)

**DATAS E ASSINATURAS**

(76) _____ LOCAL E DATA	(77) _____ ASSINATURA DO MÉDICO COM CARIMBO E CRM
(78)      (79) _____ LOCAL E DATA	_____ ASSINATURA DO SEGURADO/OU RESPONSÁVEL, PELA COMUNICAÇÃO DO SINISTRO NOME: DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO:

#### 4.3.3 Laudo do Instituto de Criminalística ou Laudo da Polícia Técnica ou Laudo Pericial

Documento expedido pelo órgão competente com as informações referente à investigação feita pelo Perito Criminal no local do evento (acidente / crime). Caso o local do evento (acidente/crime) não tenha sido preservado, a Polícia Técnica não poderá fazer a investigação e neste caso, **será necessária uma declaração da Delegacia informando que não foi realizada a Perícia Técnica.**

#### 4.3.4 Depoimento(s) de Testemunha(s)

Documento relatando o depoimento das testemunhas que presenciaram o evento (acidente/crime). Além dos depoimentos de testemunhas que presenciaram o evento há o depoimento de familiares, tendo estes presenciados ou não o evento, pois darão seu depoimento sobre a conduta da vida civil da vítima. Caso nenhuma testemunha tenha presenciado o evento, dependendo do processo, o Inquérito Policial **podrá** ser arquivado por “Falta de Testemunha”.

#### 4.3.5 Despacho(s) do Ministério Público

Documento com o despacho do Ministério Público prorrogando/dilatando o prazo para conclusão das investigações do processo. A Delegacia tem um prazo de 30 dias para fazer as devidas investigações e concluir o processo. Caso, no prazo de 30 dias as investigações do acidente/crime não tenham sido concluída, a Delegacia enviará o processo para o Ministério Público solicitando a prorrogação/dilatação do prazo para as investigações/conclusão. Tendo o Ministério Público prorrogado/dilatado o prazo ou não, a Delegacia receberá o processo com o devido despacho do Ministério Público.

#### 4.3.6 Conclusão

Documento com a conclusão das investigações. A Delegacia expedirá um “Relatório de Conclusão” relatando passo a passo o que foi apurado nas investigações (diligências, laudo pericial e depoimentos).

**Obs.: A conclusão do Inquérito Policial jamais deverá ser solicitada com as demais peças do Inquérito Policial. Somente o “Técnico” da Seguradora juntamente com o Depto. Jurídico da Seguradora é que irão avaliar a necessidade da conclusão do Inquérito Policial.**

#### 4.3.7 Arquivamento

Documento com o despacho do Delegado e do Ministério Público para arquivamento do processo. Após a investigação, conclusão do processo e os devidos despachos, o mesmo será arquivado.

**Obs.: Quando o Inquérito Policial não for instaurado, a “Delegacia”, na qual foi registrado o Boletim de Ocorrência, deverá emitir uma Declaração informando que não foi instaurado o Inquérito Policial.**

**Salientamos que, somente após a análise técnica, feita pelo “Técnico da Seguradora” é que saberemos se as peças do Inquérito Policial enviadas para análise, serão suficientes para conclusão da análise do processo de sinistro, ou se, haverá necessidade das demais peças do Inquérito Policial.**

#### 4.4 RG (Registro Geral)

Documento necessário para cumprimento da Circular SUSEP nº 380 de 29/12/08 (Lavagem de Dinheiro). Se no RG constar o nº do CPF não será necessária a cópia do CPF (Cadastro de Pessoa Física).

#### 4.5 CPF (Cadastro de Pessoa Física)

Documento necessário para cumprimento da Circular SUSEP nº 380 de 29/12/08 (Lavagem de Dinheiro).

#### 4.6 CNH (Carteira Nacional de Habilitação)

Documento necessário quando o segurado sinistrado for condutor do veículo para comprovação da habilitação/permissão/categoria e prazo de validade. A CNH (Carteira Nacional de Habilitação) poderá substituir o RG (Registro Geral) e o CPF (Cadastro de Pessoa Física), pois consta na CNH (Carteira Nacional de Habilitação) o nº do RG (Registro Geral) e o CPF (Cadastro de Pessoa Física).

#### 4.7 Comprovante de Residência (conta de telefone, água, luz, etc...)

Documento necessário para cumprimento da Circular SUSEP nº 380 de 29/12/08 (Lavagem de Dinheiro). Poderá ser substituído por uma declaração, com assinatura idêntica ao RG (Registro Geral), informando o endereço completo, inclusive CEP, e o motivo de não enviar o comprovante de residência. No caso de filhos menores a declaração deverá ser feita/assinada pelo responsável legal do menor. É necessária cópia do comprovante de residência ou declaração do segurado titular, do sinistrado e dos beneficiários, quando for o caso (Anexo 1 – Minuta da Declaração).

#### 4.8 Número de Telefone para Contato

Informação necessária para cumprimento da Circular SUSEP nº 380 de 29/12/08 (Lavagem de Dinheiro). É necessário o nº de telefone para contato do segurado titular, do sinistrado e dos beneficiários, quando for o caso.



ANTECEDENTES CLÍNICOS ( ESPECIFICAR DIAGNÓSTICOS, DATAS E TRATAMENTOS )		
(44)		
FORAM REALIZADOS EXAMES PARA ESCLARECIMENTO DE DIAGNÓSTICO? EM CASO POSITIVO, QUAIS?		
(45)		
ENCONTRA-SE O SEGURADO COM O QUADRO CLÍNICO DEFINIDO ?	QUAL O PROGNÓSTICO DO MESMO ?	
(46)	(47)	
O SEGURADO ESTÁ TOTALMENTE INCAPAZ PARA O TRABALHO?	A INVALIDEZ É DEFINITIVA ?	JULGA-SE O CAPAZ DE ADAPTAR-SE A OUTRAS FUNÇÕES ? ESCLAREÇA O MOTIVO
(48)	(49)	(50)
E DE SEU CONHECIMENTO SE O SEGURADO SE TRATAVA ANTERIORMENTE COM OUTROS MÉDICOS ? EM CASO POSITIVO INFORMAR NOME E ENDEREÇO DOS MESMOS.		
(51)		
<b>RENDA DE DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE OU INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE</b>		
DATA DO ACIDENTE	HORARIO	LOCAL
(52)	(53)	(54)
DESCREVA NAS LINHAS ABAIXO O ACIDENTE, SUAS CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS.		
(55)		
HOUVE INTERVENÇÃO DE ALGUMA AUTORIDADE POLICIAL ?		
(56)	ESPECIFIQUE A AUTORIDADE POLICIAL.	
(57)		
<b>OS DADOS ABAIXO DEVERÃO SER PREENCHIDOS PELO MÉDICO QUE PRESTOU SOCORRO AO SEGURADO APÓS O ACIDENTE E/OU O QUE ACOMPANHOU O POSTERIOR TRATAMENTO</b>		
DATA DO PRIMEIRO SOCORRO	LOCALIDADE	HOSPITAL
(58)	(59)	(60)
NOME DO MÉDICO ATENDENTE/CRM		ENDEREÇO
(61)		(62)
DATA DE INÍCIO DO TRATAMENTO	NOME DO MÉDICO QUE ACOMPANHOU O TRATAMENTO	ENDEREÇO
(63)	(64)	(65)
DESCREVA AS LESÕES FÍSICAS E/OU MENTAIS CAUSADAS AO SEGURADO EM FUNÇÃO DO ACIDENTE, BEM COMO OS TRATAMENTOS A QUE FOI SUBMETIDO ESTE SEGURADO EM FUNÇÃO DO ACIDENTE.		
(66)		
HOUVE INTERNAÇÃO HOSPITALAR? EM CASO POSITIVO INFORMAR A DATA DA INTERNAÇÃO, NOME E ENDEREÇO DO HOSPITAL OU CLÍNICA, E RESPECTIVA DATA DA ALTA		
(67)		
ENCONTROU NO SEGURADO ALGUM DEFÉITO FÍSICO PREEXISTENTE AO CAUSADO PELO ACIDENTE? EM CASO POSITIVO, DETALHAR.		
(68)		
ESTÁ O SEGURADO EM ALTA MÉDICA DEFINITIVA? EM CASO NEGATIVO, QUAL O TRATAMENTO A QUE ESTÁ SENDO SUBMETIDO E A PREVISÃO DE ALTA.		
(69)		
EM CASO DE ALTA MÉDICA DEFINITIVA COMO CARACTERIZA - LA: ( ) SEM INVALIDEZ ( ) INVALIDEZ PERMANENTE E PARCIAL ( ) INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL		
DESCREVA AS SEQUELAS RESULTANTES DO ACIDENTE, MENCIONANDO CADA ÓRGÃO OU MEMBRO ISOLADAMENTE E CLASSIFICANDO - O SEGUNDO AO GRAU DE REDUÇÃO FUNCIONAL ( ESCALA DE 0% A 100% )		
(70)		

## 6.5 Anexo 5 – Formulário Aviso de Sinistro



### AVISO DE SINISTRO DE VIDA E ACIDENTES PESSOAIS

Nº APÓLICE (01)		ESTIPULANTE/SUB-ESTIPULANTE (02)					
<b>INFORMAÇÕES DO SEGURADO</b>							
NOME COMPLETO ( ) SEGURADO PRINCIPAL ( ) CÔNJUGE ( ) FILHO (03)			Idade (04)	SEXO (05)	ESTADO CIVIL (06)		
DATA DE INCLUSÃO APÓLICE (07)	ÚLTIMO DIA DE TRABALHO (PI COBERTURA DE IPA E IPD) (08)	ÚLTIMA REMUNERAÇÃO (PI INDENIZAÇÃO MÚLTIPLO SALARIAL) (09)	DOCUMENTO DE IDENTIDADE (10)				
PROFISSÃO/CARGO/FUNÇÃO (11)			Nº CPF (12)				
ENDEREÇO (13)		CIDADE (14)	UF (15)	CEP (16)	TELEFONE COM DDD (17)		
<b>DADOS DO SINISTRO</b>							
PREENHA OS CAMPOS ABAIXO, LEVANDO EM CONSIDERAÇÃO A CAUSA DO SINISTRO QUE ESTÁ SENDO COMUNICADO, POR OPORTUNO INFORMAMOS QUE O ENVIO DESTES FORMULÁRIOS DEBEM A SEGURADORA, ATRAVÉS DE SUA ASSISTÊNCIA MÉDICA, A OBTER TODA E QUALQUER INFORMAÇÃO NECESSÁRIA, DE QUALQUER PESSOA JURÍDICA OU FÍSICA, QUE TENHA ATENDIDO OU ESTEJA ATENDENDO O SEGURADO, NÃO SE ARRELIANDO NESTE CASO A OBRIGATORIEDADE DE GUARDA DE SIGILO PROFISSIONAL.			CAUSA DO SINISTRO MORTE: ( ) NATURAL ( ) ACIDENTAL INVALIDEZ: ( ) ACIDENTAL ( ) DOENÇA ( ) DMH ( ) DH ( ) OUTROS (18)				
<b>OS DADOS ABAIXO DEVERÃO SER PREENCHIDOS PELO MÉDICO DO SEGURADO</b>							
<b>MORTE NATURAL</b>							
NOME DO MÉDICO ASSISTENTE (19)		ENDEREÇO (20)			Nº CRM (21)		
LOCAL DO FALECIMENTO (22)	DATA (23)	HORA (24)	FOI SEU MÉDICO DURANTE A DOENÇA QUE O VITIMOU? (25)	CONSULTA EM (DATA) (26)	ÚLTIMA CONSULTA (DATA) (27)		
<b>DIAGNÓSTICO INICIAL (28)</b>							
<b>INDICAR A CAUSA MORTIS E O TEMPO DE DURAÇÃO SEGUNDO A SUA ORDEM.</b>							
PRIMÁRIA: (29)							
SECUNDÁRIA: (30)							
ANTECEDENTES CLÍNICOS (ESPECIFICAR DIAGNÓSTICOS, DATAS E TRATAMENTOS). (31)							
HOUVE INTERNAÇÃO PARA TRATAMENTO CLÍNICO OU CIRÚRGICO? EM CASO POSITIVO INFORMAR, HOSPITAL, PERÍODO E DIAGNÓSTICO. (32)							
TINHA O FALECIDO CONHECIMENTO DA EXISTÊNCIA DO MAL? (33)	DESDE QUANDO? (34)	QUAL A PROFISSÃO DO SEGURADO? (35)	QUANTO TEMPO ESTEVE IMPOSSIBILITADO DE TRABALHAR (36)				
HOUVE ALGUMA CAUSA ESPECIAL DIRETA OU INDIRETA PARA A MORTE, OCASIONADA PELA OCUPAÇÃO DO SEGURADO OU POR SEUS HÁBITOS (37)							
FORNECER RESULTADOS DOS EXAMES EFETUADOS PARA ESCLARECIMENTO DE DIAGNÓSTICOS E RESPECTIVAS DATAS (38)							
O FALECIMENTO FOI OCASIONADO POR SUICÍDIO, HOMICÍDIO, OU ACIDENTE? EM CASO DE RESPOSTA POSITIVA, DETALHAR. (39)							
O FALECIDO UTILIZOU OS SERVIÇOS DE OUTRO MÉDICO, EM CASO POSITIVO MENCIONAR ABAIXO NOME E ENDEREÇO DOS MESMOS. (40)							
<b>OS DADOS ABAIXO DEVERÃO SER PREENCHIDOS PELO MÉDICO DO SEGURADO</b>							
<b>RENDA DE DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR DOENÇA OU INVALIDEZ PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA</b>							
DESCREVER DIAGNÓSTICO INICIAL OU DEFINITIVO (41)		DESDE QUANDO O SEGURADO TEM CONHECIMENTO DA DOENÇA. (42)			DATA ÚLTIMA CONSULTA (43)		

## 4.9 Certidão de Casamento atualizada com averbação do Óbito

Documento necessário para comprovação do estado civil do segurado na data do evento. A Certidão de Casamento atualizada deverá ser solicitada (pessoalmente, via correio ou via internet) no Cartório onde foi registrado o casamento, mediante apresentação da Certidão de Casamento e Certidão de Óbito;

## 4.10 Certidão de Nascimento

Documento necessário no caso de filho menor (quando o menor não possuir RG (Registro Geral) e CPF (Cadastro de Pessoa Física).

## 4.11 Declaração de Únicos Herdeiros (filhos)

Documento necessário para comprovação dos herdeiros deixados pelo segurado sinistrado. A declaração não precisa ser feita no Cartório, poderá ser digitada pelos declarantes, devendo ser reconhecida firma dos mesmos. Deverá na declaração ficar **explícito** que os declarantes responderão civil e criminalmente por todas as informações prestadas.

A declaração deverá ser feita por 02 pessoas/declarantes (**exceto os beneficiários do seguro**), informando o estado civil do sinistrado e quantos filhos tinha, inclusive os já falecidos, que neste caso deverá ser enviado junto com a declaração a cópia da Certidão de Óbito dos filhos.

São considerados herdeiros os filhos adotados legalmente, os filhos com o cônjuge, companheira ou filhos nascidos, antes, durante ou após o casamento/união estável, sendo com o cônjuge/companheira ou não – (Anexo 2 – Minuta da Declaração)

**Obs.: No caso de morte de cônjuge, não deverão ser enviados os documentos dos filhos, o beneficiário é o segurado titular.**

## 4.12 Declaração de Únicos Herdeiros – pais do segurado - (segurado solteiro, não mantinha união estável e não tinha filhos)

Documento necessário para comprovação dos herdeiros deixados pelo segurado sinistrado. A declaração não precisa ser feita no Cartório, poderá ser digitada pelos declarantes, devendo ser reconhecida firma dos mesmos. Deverá na declaração ficar **explícito** que os declarantes responderão civil e criminalmente por todas as informações prestadas.

A declaração deverá ser feita por 02 pessoas (**exceto os beneficiários do seguro**), informando que o segurado não era casado, não mantinha união estável e não possuía filhos, deixando como únicos herdeiros os pais (informar o nome dos pais).

Caso um dos pais do segurado sinistrado tenha falecido, deverá constar na declaração o falecimento e juntamente com a Declaração enviar cópia da Certidão de Óbito.

Sendo, os pais falecidos, a Declaração de Únicos Herdeiros deverá seguir a vocação hereditária e junto com a Declaração enviar a Certidão de Óbito dos descendentes (se houver) e ascendentes – (Anexo 3 – Minuta da Declaração).

#### 4.13 Declaração de Convivência Marital

Documento necessário para comprovação da união estável. A declaração não precisa ser feita no Cartório, poderá ser digitada pelos declarantes, devendo ser reconhecida firma dos mesmos. Deverá na declaração ficar **explícito** que os declarantes responderão civil e criminalmente por todas as informações prestadas.

A declaração deverá ser feita por 02 pessoas (**exceto o(a) beneficiário(a) do seguro**), informando que o segurado mantinha união estável na data do evento e desde quando mantinha a união (Anexo 4 – Minuta da Declaração).

#### 4.14 Declaração do INSS (Instituto Nacional de Serviço Social)

Documento necessário para comprovação da união estável. A declaração é fornecida pelo INSS (Instituto Nacional de Serviço Social) e nela constarão todos os dependentes do segurado sinistrado, inclusive a companheira.

#### 4.15 Declaração de Imposto de Renda

Documento necessário para comprovação da união estável. Na declaração constarão todos os dependentes do segurado sinistrado.

#### 4.16 Alvará Judicial

Documento necessário para indenização de beneficiário menor (**somente após a análise dos documentos é que o “Técnico da Seguradora” poderá informar se há necessidade do Alvará Judicial**). Sendo necessário o Alvará Judicial, a família do menor deverá constituir um advogado para solicitar junto ao Poder Judiciário o Alvará. No Alvará Judicial o Juiz determinará para quem e de que forma a seguradora fará a indenização para o menor.

#### 6.4 Anexo 4 – Minuta da Declaração de Convivência Marital.

##### DECLARAÇÃO DE CONVIVÊNCIA MARITAL

Declaramos que o Sr (a) \_\_\_\_\_, nacionalidade: \_\_\_\_\_, profissão: \_\_\_\_\_, nascido em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, natural de \_\_\_\_\_, inscrito no CPF sob o n.º \_\_\_\_\_, faleceu no estado civil de (**solteiro, casado, viúvo, divorciado**), deixando como companheiro (a) Sr. (a) \_\_\_\_\_, o qual mantinha união estável desde \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ até a data do evento - **ou caso não tinha companheiro (a) informar que não mantinha união estável na data do evento.**

Estamos cientes de que, caso esta declaração não seja a expressão da verdade, ressarciremos a seguradora dos prejuízos dela decorrentes, além de respondermos criminalmente por infração do art. 299 do Código Penal Brasileiro.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de 200\_

##### **COMPANHEIRO (A)**

RG:

CPF:

DECLARANTES:

1) \_\_\_\_\_

CPF.:

2) \_\_\_\_\_

CPF.:

**Reconhecer a firma de todos**

### 6.3 Anexo 3 – Minuta da Declaração de Herdeiros – Pais.

#### DECLARAÇÃO ÚNICOS DE HERDEIROS

Declaramos que o Sr (a) \_\_\_\_\_, nacionalidade: \_\_\_\_\_, profissão: \_\_\_\_\_, nascido em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, natural de \_\_\_\_\_, inscrito no CPF sob o n.º \_\_\_\_\_, que não era casado, que não mantinha união estável e que não possuía filhos, deixando como únicos herdeiros os pais.

**(Informar nome dos pais, com RG, CPF, endereço completo e telefone para contato)**

Estamos cientes de que, caso esta declaração não seja a expressão da verdade, ressarciremos a seguradora dos prejuízos dela decorrentes, além de respondermos criminalmente por infração do art. 299 do Código Penal Brasileiro.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de 200\_

\_\_\_\_\_  
DECLARANTE 1

CPF.:

\_\_\_\_\_  
DECLARANTE 2

CPF.:

**Reconhecer a firma de todos**

## 5 RENDA DIÁRIA POR INTERNAÇÃO HOSPITALAR

### 5.1 Formulário Aviso de Sinistro

Documento necessário para comprovação da data do evento/acidente, invalidez, grau das seqüelas deixadas e alta definitiva do segurado sinistrado.

**Portanto é necessário que o formulário Aviso de Sinistro esteja devidamente preenchido com firma reconhecida do médico – (Anexo 4 – Formulário Aviso de Sinistro)**

**Obs.: O Formulário de Aviso de Sinistro poderá ser substituído por uma Declaração Médica original ou autenticada, constando desde quando o (a) segurado(a) é portador da doença e o histórico.**

## 6 ANEXOS

### 6.1 Anexo 1 – Minuta da Declaração de Residência.

#### DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, \_\_\_\_\_, nacionalidade: \_\_\_\_\_, profissão: \_\_\_\_\_, nascido em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, natural de \_\_\_\_\_, inscrito no CPF sob o n.º \_\_\_\_\_, informo que não possuo comprovante de residência em meu nome. Atualmente resido na Av/Rua: \_\_\_\_\_, n.º: \_\_\_\_\_, Complemento: \_\_\_\_\_, Bairro: \_\_\_\_\_, Cidade: \_\_\_\_\_, Estado: \_\_\_\_\_, cujo telefone de contato é (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de 200\_

DECLARANTE – (assinar de acordo com Registro Geral – RG)  
CPF:

**Reconhecer a firma**

### 6.2 Anexo 2 – Minuta da Declaração de Herdeiros – Filhos.

#### DECLARAÇÃO ÚNICOS DE HERDEIROS

Declaramos que o Sr (a) \_\_\_\_\_, nacionalidade: \_\_\_\_\_, profissão: \_\_\_\_\_, nascido em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, natural de \_\_\_\_\_, inscrito no CPF sob o n.º \_\_\_\_\_, faleceu no estado civil de **(solteiro, casado, viúvo, divorciado)**, deixando como herdeiros os filhos:

**(Informar nome dos herdeiros, com RG, CPF, endereço completo e telefone para contato)**

Estamos cientes de que, caso esta declaração não seja a expressão da verdade, ressarciremos a seguradora dos prejuízos dela decorrentes, além de respondermos criminalmente por infração do art. 299 do Código Penal Brasileiro.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de 200\_

DECLARANTE 1  
CPF.:

DECLARANTE 2  
CPF.:

**Reconhecer a firma de todos**