



## AVISO DE SINISTRO DE VIDA E ACIDENTES PESSOAIS

Nº APÓLICE	ESTIPULANTE/SUB-ESTIPULANTE
------------	-----------------------------

### INFORMAÇÕES DO SEGURADO

NOME COMPLETO ( ) SEGURADO PRINCIPAL ( ) CONJUGE ( ) FILHO			Idade.	SEXO	ESTADO CIVIL
DATA DE INCLUSÃO APÓLICE	ÚLTIMO DIA DE TRABALHO (P/ COBERTURA DE IPA E IPD)	ÚLTIMA REMUNERAÇÃO (P/ INDENIZAÇÃO MÚLTIPLO SALARIAL)	DOCUMENTO DE IDENTIDADE		
PROFISSÃO/CARGO/FUNÇÃO			Nº CPF		
ENDEREÇO	CIDADE	UF	CEP	TELEFONE COM DDD	

### DADOS DO SINISTRO

<p><i>PREENHA OS CAMPOS ABAIXO, LEVANDO EM CONSIDERAÇÃO A CAUSA DO SINISTRO QUE ESTA SENDO COMUNICADO, POR OPORTUNO INFORMAMOS QUE O ENVIO DESTE FORMULÁRIO, AUTORIZA A SEGURADORA, ATRAVÉS DE SUA ASSESSORIA MÉDICA, A OBTER TODA E QUALQUER INFORMAÇÃO NECESSÁRIA, DE QUALQUER PESSOA JURÍDICA OU FÍSICA, QUE TENHA ATENDIDO OU ESTEJA ATENDENDO O SEGURADO, NÃO SE APLICANDO NESTE CASO A OBRIGATORIEDADE DE GUARDA DE SIGILO PROFISSIONAL.</i></p>	CAUSA DO SINISTRO MORTE: ( ) NATURAL ( ) ACIDENTAL INVALIDEZ: ( ) ACIDENTAL ( ) DOENÇA ( ) DMH ( ) DIH ( ) OUTROS
--	--

OS DADOS ABAIXO DEVERÃO SER PREENCHIDOS PELO MÉDICO DO SEGURADO

### MORTE NATURAL

NOME DO MÉDICO ASSISTENTE	ENDEREÇO			Nº CRM	
LOCAL DO FALECIMENTO	DATA	HORA	FOI SEU MÉDICO DURANTE A DOENÇA QUE O VITIMOU?	1ª CONSULTA EM: (DATA)	ÚLTIMA CONSULTA (DATA)
DIAGNÓSTICO INICIAL					

INDICAR A CAUSA MORTIS E O TEMPO DE DURAÇÃO SEGUNDO A SUA ORDEM.

PRIMÁRIA

SECUNDÁRIA

ANTECEDENTES CLÍNICOS (ESPECIFICAR DIAGNÓSTICOS, DATAS E TRATAMENTOS).

HOVE INTERNAÇÃO PARA TRATAMENTO CLÍNICO OU CIRÚRGICO? EM CASO POSITIVO INFORMAR: HOSPITAL, PERÍODO E DIAGNÓSTICO.

TINHA O FALECIDO CONHECIMENTO DA EXISTÊNCIA DO MAL?	DESDE QUANDO ?	QUAL A PROFISSÃO DO SEGURADO ?	QUANTO TEMPO ESTEVE IMPOSSIBILITADO DE TRABALHAR
---	----------------	--------------------------------	--

HOVE ALGUMA CAUSA ESPECIAL DIRETA OU INDIRETA PARA A MORTE, OCASIONADA PELA OCUPAÇÃO DO SEGURADO OU POR SEUS HÁBITOS

FORNECER RESULTADOS DOS EXAMES EFETUADOS PARA ESCLARECIMENTO DE DIAGNÓSTICOS E RESPECTIVAS DATAS

O FALECIMENTO FOI OCASIONADO POR SUICÍDIO, HOMICÍDIO, OU ACIDENTE? EM CASO DE RESPOSTA POSITIVA, DETALHAR.

O FALECIDO UTILIZOU OS SERVIÇOS DE OUTRO MÉDICO, EM CASO POSITIVO MENCIONAR ABAIXO NOME E ENDEREÇO DOS MESMOS.

OS DADOS ABAIXO DEVERÃO SER PREENCHIDOS PELO MÉDICO DO SEGURADO

### RENDA DE DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR DOENÇA OU INVALIDEZ PERMANENTE E TOTAL POR DOENÇA

DESCREVER DIAGNÓSTICO INICIAL OU DEFINITIVO	DESDE QUANDO O SEGURADO TEM CONHECIMENTO DA DOENÇA	DATA ÚLTIMA CONSULTA
ANTECEDENTES CLÍNICOS (ESPECIFICAR DIAGNÓSTICOS, DATAS E TRATAMENTOS)		



FORAM REALIZADOS EXAMES PARA ESCLARECIMENTO DE DIAGNÓSTICO? EM CASO POSITIVO, QUAIS?		
ENCONTRA - SE O SEGURADO COM O QUADRO CLÍNICO DEFINIDO ?		QUAL O PROGNÓSTICO DO MESMO ?
O SEGURADO ESTA TOTALMENTE INCAPAZ PARA O TRABALHO?	A INVALIDEZ É DEFINITIVA ?	JULGA - O CAPAZ DE ADAPTAR - SE A OUTRAS FUNÇÕES ? ESCLAREÇA O MOTIVO
E DE SEU CONHECIMENTO SE O SEGURADO SE TRATAVA ANTERIORMENTE COM OUTROS MEDICOS ? EM CASO POSITIVO INFORMAR NOME E ENDEREÇO DOS MESMOS.		
<b>RENDA DE DIÁRIA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR POR ACIDENTE OU INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL POR ACIDENTE</b>		
DATA DO ACIDENTE	HORARIO	LOCAL
DESCREVA NAS LINHAS ABAIXO O ACIDENTE, SUAS CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS.		
HOUVE INTERVENÇÃO DE ALGUMA AUTORIDADE POLICIAL ?	ESPECIFIQUE A AUTORIDADE POLICIAL.	
<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
NOME DO MÉDICO ATENDENTE/CRM		ENDEREÇO
DATA DE INÍCIO DO TRATAMENTO	NOME DO MÉDICO QUE ACOMPANHOU O TRATAMENTO	ENDEREÇO
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		
HOUVE INTERNAÇÃO HOSPITALAR? EM CASO POSITIVO INFORMAR A DATA DA INTERNAÇÃO, NOME E ENDEREÇO DO HOSPITAL OU CLÍNICA, E RESPECTIVA DATA DA ALTA		
ENCONTROU NO SEGURADO ALGUM DEFEITO FÍSICO PREEXISTENTE AO CAUSADO PELO ACIDENTE? EM CASO POSITIVO, DETALHAR .		
ESTÁ O SEGURADO EM ALTA MÉDICA DEFINITIVA? EM CASO NEGATIVO, QUAL O TRATAMENTO A QUE ESTA SENDO SUBMETIDO E A PREVISÃO DE ALTA.		
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% )		
MENCIONAR OUTROS MÉDICOS QUE TRATARAM DO SEGURADO: NOME/CRM E ENDEREÇO )		
INFORMAÇÕES ADICIONAIS:		



<i>SE NECESSÁRIO, PARA ESCLARECIMENTO DE QUALQUER ITEM DESTE FORMULÁRIO, ACRESCENTE FOLHAS AVULSAS, CONTENDO ASSINATURA E IDENTIFICAÇÃO.</i>		
<b>DADOS DO MÉDICO</b>		
AFIRMO QUE AS RESPOSTAS CONTIDAS NESTE FORMULÁRIO SÃO VERDADEIRAS		
NOME	CRM	ENDEREÇO

**DATAS E ASSINATURAS**

\_\_\_\_\_  
LOCAL E DATA

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO MÉDICO  
COM CARIMBO E CRM

\_\_\_\_\_  
LOCAL E DATA

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO SEGURADO/OU RESPONSÁVEL PELA COMUNICAÇÃO DO SINISTRO  
NOME:  
DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO:



**Abaixo Instrução de 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.

**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.

#### **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 Carimbo e CRM – (campo 77)**

*Assinatura com o 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.*