

AVISO DE SINISTRO DE ACIDENTES PESSOAIS

ATENÇÃO
Preencher em letra de forma;
Reconhecer a firma do médico em tabelião

Nº da Apólice			Plano		
INFORMAÇÕES A RESPEITO DA PESSOA ACIDENTADA					
Nome		Idade	Sexo	Profissão	
Endereço Residencial		Município	UF	CEP	
POSSUI SEGURO DE VIDA / ACIDENTES PESSOAIS EM OUTRAS COMPANHIAS? (Caso afirmativo, indicar)					
Tipo de Seguro		Valor		Companhia	
Tipo de Seguro		Valor		Companhia	
INFORMAÇÕES A RESPEITO DAS CIRCUNSTÂNCIAS DO ACIDENTE					
Local do Acidente		Município	UF	Hora	CEP
Nome das testemunhas ou das pessoas que viram o acidentado logo após o acidente					
Atividade exercida pelo segurado no momento do acidente					
Pessoa que prestou os primeiros socorros					
Local e tempo em que estes foram prestados					
Nome do Médico que assistiu o segurado					
Endereço Residencial		Município	UF	CEP	
DESCREVER COMO OCORREU O ACIDENTE, MENCIONANDO A CAUSA E SUAS CONSEQUÊNCIAS IMEDIATAS					
<p>O abaixo assinado declara ter respondido as perguntas deste questionário em forma rigorosamente verídica e se responsabiliza pela exatidão das informações fornecidas.</p>					
_____			_____		
Local/Data			Assinatura do Beneficiário		
RELAÇÃO DE DOCUMENTOS NECESSÁRIOS					
<ul style="list-style-type: none"> - Comunicado de Sinistro com Informações Médicas (Preenchidos todos os itens) - Cópia do RG e CPF do Beneficiário - Cópia do Registro de Emprego e Carteira Profissional do Funcionário (Parte da Anotação do Afastamento para INSS) – quando se tratar de Apólice de Funcionário. - Cópia do Holerith Referente ao Último mês em Atividade (Antes do Afastamento) - Cópia do Comprovante de Residência do Segurado <p>Obs.: Todos os documentos necessários para a regulação devem ser autenticados.</p>					
<p>Ouvidoria 0800 775 3240 - De Segunda à Sexta, das 8h às 20h, exceto feriados. SAC –24 horas: Capitais e Principais cidades Metropolitanas 4002-7647 e Demais localidades 0800-775-7647 Deficiente Auditivo e de Fala- Capitais e Principais cidades 4002-5045 e demais localidades 0800-775-5045. www.mapfreprevidencia.com.br</p>					

AVISO DE SINISTRO DE ACIDENTES PESSOAIS

ATENÇÃO
Preencher em letra de forma;
Reconhecer a firma do médico em tabelião

NOME DO SEGURADO:			
RELATÓRIO DO MÉDICO-ASSISTENTE			
Data do Acidente:		Data do Atendimento Médico:	
As lesões constatadas são diretamente conseqüentes de causa traumática? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
Em caso negativo, qual é a causa?			
Quais as lesões sofridas (diagnóstico)?			
Qual o Tratamento Imediato?			
Encontra-se o segurado com alta médica definitiva? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		Qual a data da alta médica definitiva?	
Estando o segurado em tratamento, qual o tempo previsto para sua alta e a que terapêutica está sendo submetido?			
Ficará o segurado com alguma invalidez? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO			
Em caso de invalidez, classifique: <input type="checkbox"/> Parcial e permanente <input type="checkbox"/> Total e permanente			
Em caso de invalidez parcial e permanente, descreva-se com detalhes:			
Em caso de invalidez parcial e permanente, como classificaria o percentual de (0 a 100) de perda do órgão lesado? Descrever separadamente.			
Quais outras observações V.Sa. julga oportuno fazer?			
O abaixo assinado médico-assistente declara ter respondido as perguntas deste questionário em forma rigorosamente verídica, e se responsabiliza pela exatidão das informações fornecidas.			
Local Data		_____	
		Assinatura e Carimbo do médico Assistente	
Nota: com firma reconhecida.			
DADOS DO MÉDICO			
Nome legível do médico			CRM
Endereço Residencial		Nº	Complemento CEP
Bairro	Cidade	UF	Telefone (DDD)

INDICAÇÃO DAS LESOES POR REGIÕES CORPORAIS

