

Nº da Apólice _____	Data de Início _____	Cobertura <input type="checkbox"/> Morte Acidental <input type="checkbox"/> Morte Natural	Capital Segurado R\$ _____
------------------------	-------------------------	---	-------------------------------

DECLARAÇÃO DO BENEFICIÁRIO(A)/EMPREGADOR

Declaro que o(a) Sr(a) _____ de _____ anos de idade,
faleceu no dia _____ de _____ de _____.

O(a) falecido (a) trabalhou pela última vez no dia _____ de _____ de _____.

Recebendo salário mensal de R\$ _____.

AUTORIZAÇÃO DO BENEFICIÁRIO

Autorizo, na qualidade de beneficiário(a) do(a) segurado(a), os médicos que o(a) trataram, os hospitais ou clínicas onde esteve internado(a), bem como laboratórios onde tenha realizado exames, que prestem todas as informações solicitadas pela MAPFRE Previdência S/A., quer sejam através de Declarações ou cópias de exames e prontuários Médicos Hospitalares, estando em conformidade com os Artigos.102 e 112 do Código de Ética Médica.

Local/Data _____

Assinatura do Beneficiário _____

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS

Em caso de **SINISTRO DE MORTE NATURAL** anexar:

- Comunicado de Sinistro/ Informações do Médico (todos os itens preenchidos).
- Cópia da Certidão de Óbito (autenticada);
- Cópia do RG e CPF do Segurado(a);
- Cópia do Registro de Emprego e Contra Cheque do mês do Óbito (quando se tratar de apólice Coletiva)
- Cópia do RG e CPF do(s) Beneficiário(s) Indicado(s);
- Cópia da Certidão de Casamento (Atualizada pós Óbito);
- Cópia do Comprovante de Residência do Segurado(s) e do(s) Beneficiário(s) Indicado(s).

Em caso de **SINISTRO DE MORTE ACIDENTAL**, além dos documentos acima, anexar:

- Boletim de Ocorrência Policial (Cópia autenticada)
- Cópia da Carteira Nacional de Habilitação (no caso de acidente de transito, sendo o segurado o motorista na ocasião)
- Cópia do laudo do exame necroscópico

PODERÃO SER SOLICITADAS POSTERIORMENTE PEÇAS DO INQUÉRITO POLICIAL

QUANDO O BENEFICIÁRIO FOR MENOR DE 16 (DEZESSEIS) ANOS, SOMENTE SERÁ LIBERADO O PAGAMENTO ATRAVÉS DE ALVARÁ JUDICIAL OU DECLARAÇÃO DE ÚNICOS HERDEIROS.



COMUNICADO DE SINISTRO/ INFORMAÇÕES DO MÉDICO

Nome do Sinistrado			
Local do Falecimento		Data	Hora
Data da sua primeira visita	Causa Mortis	Imediata	
Data da sua última visita		Mediata	
Desde quando foi seu Médico?		Doença ou Estado?	Foi seu médico durante a doença ou acidente que provocou sua morte? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Há quanto tempo na sua opinião, esteve o falecido sofrendo da moléstia que o vitimou?	Por quanto tempo esteve impossibilitado de trabalhar devido à doença ou acidente que o vitimou?	Tinha o falecido conhecimento da existência do mal? Desde quando? (em caso afirmativo) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não ____/____/____	
Grau de Parentesco (Familiares)	Quando foi pela primeira vez consultado pelo falecido ou por qualquer parente ou amigo do mesmo sobre a moléstia que direta ou indiretamente lhe causou a morte?		
Desde quando? (em caso afirmativo)			
Foi o mesmo submetido a internação hospitalar? Indique as datas (caso afirmativo) <input type="checkbox"/> Sim 1 ____/____/____ 3 ____/____/____ <input type="checkbox"/> Não 2 ____/____/____ 4 ____/____/____	Hospital (is) respectivamente		
Sofreu o paciente alguma intervenção cirúrgica em virtude da doença ou acidente que o vitimou? Indique as datas (em caso afirmativo) <input type="checkbox"/> Sim 1 ____/____/____ 3 ____/____/____ <input type="checkbox"/> Não 2 ____/____/____ 4 ____/____/____	Hospital (is) respectivamente		
Houve alguma causa especial, direta ou indiretamente para a morte, proveniente de hábitos, ocupação ou residência do falecido?			
Outras informações que julgar importante Registrar. (Não havendo, inutilize o espaço)			

DECLARAÇÃO DO MÉDICO

Afirmo pelo presente, que assisti ao falecido desde o dia ____ de ____ de _____, até o dia ____ de ____ de _____, e que assinei a declaração de óbito para o registro em cartório e que as respostas acima e no anverso são completas e verdadeiras.

_____ LOCAL E DATA

_____ ASSINATURA DO MÉDICO

DADOS DO MÉDICO

Nome legível do médico			CRM
Endereço Residencial	Nº	Complemento	CEP
Bairro	Cidade	UF	Telefone (DDD)

SAC –24 horas: Capitais e Principais cidades Metropolitanas **4002-7647**, Demais localidades **0800-775-7647**
Deficiente Auditivo e de Fala - Capitais e Principais cidades **4002-5045**, Demais localidades **0800-775-5045**
Ouvidoria - 0800 775 3240 - De Segunda à Sexta, das 8h às 20h, exceto feriados- www.mapfrepresidencia.com.br