

Nome da Empresa (somente se o seguro ter sido feito pela empresa em que o Segurado trabalha)		Apólice (Seguro Empresarial)	Proposta (Seguro individual)
Nome do Segurado Principal		CPF	Profissão
Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Estado Civil <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Divorciado	Nacionalidade	Data de admissão
E-mail		Telefones para contato (DDD + Nº)	

Caso o evento não tenha ocorrido com o Segurado Principal identificar:

Esposa (o) / Companheira (o) Filhos Pais

Cobertura reclamada:

Somente Morte Somente Assistência Funeral Morte + Assistência Funeral Cesta Básica (apenas quando esta cobertura está prevista na apólice)

O Segurado (a) sinistrado era aposentado (a)?

Sim Não

Desde quando?

____/____/____

Qual motivo? tempo de serviço Por idade

Invalidez por doença Invalidez por acidente

O segurado esteve afastada do trabalho nos últimos 3 anos? Não Sim

Em caso afirmativo, favor preencher os períodos de afastamentos abaixo:

____/____/____ a ____/____/____ Motivo: _____

____/____/____ a ____/____/____ Motivo: _____

RELATÓRIO MÉDICO

AS INFORMAÇÕES SEGUINTE DEVERÃO SER PRESTADAS PELO MÉDICO QUE TRATOU O SEGURADO DURANTE SUA DOENÇA E NÃO PELO MÉDICO QUE ATESTOU O ÓBITO, A MENOS QUE ESTE TAMBÉM O TENHA TRATADO

1. Foi o médico do segurado durante a doença que o vitimou? Não Sim

Em caso afirmativo, informe a data da 1ª consulta e quadro clínico inicial: ____/____/____

2. Tomou conhecimento de algum atendimento médico anterior relacionado ao óbito? Não Sim

Em caso afirmativo, informe nome médico e o CRM: _____

3. Informe as causas da morte, inclusive com os respectivos CIDs:

Primárias:

Secundárias:

4. Informe os antecedentes clínicos que possuem nexos causal com óbito: diagnósticos, datas e tratamento realizados (incluindo doenças de base e datas dos seus diagnósticos):

5. Houve internações anteriores? Em quais datas e locais? Por quais motivos?

6. Quais os exames realizados, datas e resultados?

7. O segurado tinha conhecimento das doenças que o vitimaram? Desde quando?

Não tenho condições de prestar informações acima, pois apenas atestei o óbito. Seguem nomes, telefones e endereços dos médicos assistentes do segurado:

DADOS DO MÉDICO ASSISTENTE

Afirmo que as respostas acima são completas e verdadeiras e estou ciente do artigo 80 do Código de Ética Médica, de 2009 (Artigo 80 - é vedado ao médico: "Expedir documento médico sem ter praticado ato profissional que o justifique, que seja tendencioso ou que não corresponda à verdade.")

Observação: Favor datar, assinar, informar CRM legível e carimbar este formulário, informando seus meios de contatos profissionais, com telefones, desde já autorizando ser contatado pela Assessoria Médica da Cia. Seguradora, para fins de esclarecimentos adicionais sobre os dados médicos registrados.

Assinatura do Médico e CRM

Data: ____/____/____

Nome completo: _____

CRM: _____

E-mail: _____

Telefones: _____

Local e data

Assinatura do responsável pelo preenchimento

Nos seguros de Vida, **caso o segurado não indique beneficiários**, a indenização será paga com base no artigo 792 do Código Civil Brasileiro, o qual transcrevemos abaixo:

"Na falta de indicação da pessoa ou beneficiário, ou se por qualquer motivo não prevalecer a que for feita, o capital segurado será pago por metade ao cônjuge não separado judicialmente, e o restante aos herdeiros do segurado, obedecida a ordem da vocação hereditária."

Com base no artigo mencionado acima, temos:

Segurado	Beneficiários
Casado legalmente ou com companheira e filhos	50% esposa/companheira e 50% aos filhos divididos em partes iguais
Casado legalmente ou com companheira e sem filhos	50% esposa/companheira e 50% aos pais do segurado dividido em partes iguais
Solteiro, sem companheira e com filhos	100% aos filhos
Solteiro, sem companheira e sem filhos	100% aos pais
Solteiro, sem companheira sem filhos e com os pais falecidos em data anterior ao segurado	100% aos avós do segurado. Se falecidos, 100% aos irmãos

Herdeiros: quando o (a) segurado (a) não indicar beneficiários na proposta, com base nos exemplos acima, favor responder às informações abaixo, elas servirão apenas para auxiliar a análise do sinistro.

O segurado (a) deixa na data do óbito:

Esposa (a) Sim Não

Companheiro (a) Sim Não

Filhos Sim Não

Quantos maiores de 16 anos? _____

Quantos menores de 16 anos? _____

Mãe Viva Sim Não Data do falecimento: ____/____/____

Pai Vivo Sim Não Data do falecimento: ____/____/____

Irmãos Sim Não

Quantos são maiores de 16 anos? _____

Quantos são menores de 16 anos? _____

Netos? Sim Não

Quantos são maiores de 16 anos? _____

Quantos são menores de 16 anos? _____

E-mail de 1 beneficiário (a) para contato:

Telefone de 1 beneficiário (a) para contato:

DOCUMENTOS A SEREM ANEXADOS A ESTE FORMULÁRIO PREENCHIDO E ENTREGUE NA SEGURADORA

- Cópia simples da Certidão de Óbito;
- Cópia simples do RG, CPF do segurado;
- Cópia simples do resultado de todos os exames realizados todos os exames realizados - Diagnóstico e de Controle (somente laudo), na falta, enviar o filme;
- SENDO O SEGURADO OFICIALMENTE CASADO:** Cópia simples da Certidão de Casamento com data atualizada, **extraída após o óbito do segurado (a)**, com averbações;
- NÃO SENDO OFICIALMENTE CASADO:** Escritura pública elaborada pela companheira (o) em cartório, informando o período do convívio, se este perdurou até o óbito e se dessa relação foram gerados filhos;
- Cópia da declaração de únicos herdeiros, com firma reconhecida somente da assinatura do declarante; (vide alínea "d" do item **NOTA**, abaixo);
- Cópia simples da Certidão de Nascimento (se menor de idade), bem como, RG, CPF e comprovante de residência atualizados do(s) beneficiário(s) - maior(es) de idade - Em se tratando de beneficiário(s) com idade entre 16 anos e 18 anos de idade, acrescentar cópia simples do CPF;
- Autorização para crédito em conta bancária de titularidade do beneficiário. Lembrando que a conta informada não poderá ser estar em nome de terceiros (não beneficiário). (vide alínea "d" do item **NOTA**, abaixo);
- SOMENTE NOS CASOS DE SEGURO EMPRESARIAL** - Cópia Simples do comprovante de vínculo empregatício do segurado (no mês do evento). Exemplos: Relação de FGTS onde conste o nome do segurado; holerite ou ficha de rescisão contratual.
- SOMENTE NOS CASOS DE CAPITAL GLOBAL** - Relação completa do FGTS/GEFIP do Mês de Evento bem como contrato social informando a quantidade de sócios.
- SOMENTE QUANDO HOUVER A SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO DO FUNERAL** - Cópia simples das Notas Fiscais e recibos referente as despesas com o funeral, bem como RG, CPF, Comprovante de residência e cópia simples da autorização de pagamento através de crédito em conta corrente bancária referente ao custeador das despesas.

NOTA:

- a) A entrega de toda documentação agiliza a análise do processo, procure dar entrada somente quando tiver todos os documentos acima listados em mãos.
- b) Para facilitar e verificar se todos os documentos necessários para abertura do processo foram entregues, assinale com "x" a frente da cada um deles.
- c) Caso haja necessidade outros documentos poderão ser solicitados pela Seguradora. d) Os formulários citados poderão ser impressos no site da Porto Seguro: www.portoseguro.com.br/seguro-de-vida

PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

Barão de Piracicaba, 618 – 8º andar – Campos Eliseos – São Paulo/SP – CEP 01216-010 - CNPJ 61.198.164/0001-60.

Atendimento Vida e Previdência – segunda a sexta-feira das 8h15 às 18h30. (11) 3366-3377 (Grande São Paulo) – 0800727-9393 (Demais localidades) – 0800-727-8736 (Atendimento exclusivo para deficientes auditivos, através de equipamento especializado para esta finalidade). Ouvidoria: 0800 727 1184 – SAC: 0800 -727-2746.

Site: www.portoseguro.com.br