

**AVISO DE SINISTRO - MORTE NATURAL**

NOME DA EMPRESA (SOMENTE QUANDO O SEGURO FOR FEITO PELA EMPRESA ONDE O SEGURADO TRABALHA)		APÓLICE (SEGURO EMPRESARIAL)	PROPOSTA (SEGURO INDIVIDUAL)
SEGURADO (A) PRINCIPAL	CPF	PROFISSÃO	DATA DE ADMISSÃO
E-MAIL		(DDD) TELEFONE CELULAR	

CASO O EVENTO NÃO TENHA OCORRIDO COM O SEGURADO (A) PRINCIPAL, IDENTIFICAR:

( ) ESPOSA (O) / COMPANHEIRA (O) ( ) FILHOS ( ) PAIS

COBERTURA RECLAMADA:

( ) SOMENTE MORTE ( ) SOMENTE ASSISTENCIA FUNERAL ( ) MORTE + ASSISTENCIA FUNERAL ( ) CESTA BÁSICA (APENAS QUANDO ESTÁ COBERTURA ESTIVER PREVISTA NA APÓLICE)

O(A) SEGURADO(A)/SINISTRADO(A) ERA APOSENTADO(A)?	DESDE QUANDO?	QUAL MOTIVO?
( ) SIM ( ) NÃO	___/___/___	( ) TEMPO DE SERVIÇO ( ) INVALIDEZ POR DOENÇA ( ) INVALIDEZ POR ACIDENTE ( ) POR IDADE

O (A) SEGURADO (A) ESTEVE AFASTADO (A) DO TRABALHO NOS ÚLTIMOS 3 ANOS? ( ) NÃO ( ) SIM.  
FAVOR PREENCHER COM OS PERÍODOS DE AFASTAMENTO O QUADRO ABAIXO.

PERÍODOS:

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ 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

FOI MÉDICO DO SEGURADO DURANTE A DOENÇA QUE O VITIMOU?

( ) NÃO ( ) SIM, INFORME A DATA DA 1ª CONSULTA E QUADRO CLÍNICO INICIAL.

TOMOU CONHECIMENTO DE ALGUM ATEDIMENTO MÉDICO ANTERIOR RELACIONADO AO ÓBITO? ?

( ) NÃO ( ) SIM, INFORMAR NOME DO NOME E CRM DO PROFISSIONAL

INFORME AS CAUSAS DA MORTE, INCLUSIVE COM OS RESPECTIVOS CID'S:

PRIMÁRIAS:

SECUNDÁRIAS:

INFORME OS ANTECEDENTES CLÍNICOS QUE POSSUEM NEXO CAUSAL COM O ÓBITO: DIAGNÓSTICOS, DATAS E TRATAMENTO REALIZADOS. (INCLUINDO DOENÇAS DE BASE E DATAS DE SEUS DIAGNÓSTICOS).

HOUVE INTERNAÇÕES ANTERIORES? EM QUAIS DATAS E LOCAIS? POR QUAIS MOTIVOS?

QUAIS OS EXAMES REALIZADOS, DATAS E RESULTADOS?

O SEGURADO(A) TINHA CONHECIMENTO DAS DOENÇAS QUE O VITIMARAM? DESDE QUANDO?

DESDE QUANDO ESTEVE IMPOSSIBILITADO(A) DE TRABALHAR?

( ) NÃO TENHO CONDIÇÕES DE PRESTAR AS INFORMAÇÕES ACIMA, POIS APENAS ATESTEI O ÓBITO. SEGUEM NOMES, TELEFONES E ENDEREÇOS DOS MÉDICOS ASSISTENTES DO SEGURADO:

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

ASSINATURA DO MÉDICO ASSISTENTE E CARIMBO

LOCAL E DATA: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

NOME COMPLETO: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

E MAIL: \_\_\_\_\_

TELEFONES: \_\_\_\_\_

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:**

<b>SEGURADO</b>	<b>BENEFICIÁRIOS</b>
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 NO CARTÃO PROPOSTA)**

COM BASE NOS EXEMPLOS ACIMA, GENTILEZA RESPONDER AS INFORMAÇÕES ABAIXO, ELAS SERVIRÃO APENAS PARA AUXILIAR A ANÁLISE DO SINISTRO.

O SEGURADO (A) DEIXA, NA DATA DO ÓBITO:

( ) SIM ( ) NÃO MAE VIVA ( ) MAE FALECIDA (INFORMAR DATA DO FALECIMENTO) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

( ) SIM ( ) NÃO PAI VIVO ( ) PAI FALECIDO (INFORMAR DATA DO FALECIMENTO) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

( ) SIM ( ) NÃO ESPOSA (O)

( ) SIM ( ) NÃO COMPANHEIRA(O)

( ) SIM ( ) NÃO IRMÃOS QUANTOS SÃO MAIORES DE 16 ANOS?: \_\_\_\_\_

QUANTOS SÃO MENORES DE 16 ANOS?: \_\_\_\_\_

( ) SIM ( ) NÃO FILHOS. QUANTOS SÃO MAIORES DE 16 ANOS?: \_\_\_\_\_

( ) SIM ( ) NÃO NETOS QUANTOS SÃO MAIORES DE 16 ANOS?: \_\_\_\_\_

QUANTOS SÃO MENORES DE 16 ANOS?: \_\_\_\_\_

QUANTOS SÃO MENORES DE 16 ANOS?: \_\_\_\_\_

E-MAIL DE 01 BENEFICIÁRIO (A) PARA CONTATO

TELEFONE DE 01 BENEFICIÁRIO PARA CONTATO

**DOCUMENTOS A SEREM ANEXADOS A ESTE FORMULÁRIO PREENCHIDO, E ENTREGUE NA SEGURADORA:**

- ( ) Cópia autenticada da Certidão de Óbito;
- ( ) Cópia simples do RG e CPF do segurado;
- ( ) Cópia simples do Resultado de 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**, com averbações;
- ( ) **NÃO SENDO OFICIALMENTE CASADO:** Escritura pública elaborada pela companheira (o) em cartório, informando o período do convívio e se este perdurou até o óbito e dessa relação foram gerados filhos;
- ( ) Original 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;
- ( ) Original do modelo da autorização para crédito em conta-corrente bancária de titularidade do beneficiário. Lembrando apenas que a conta informada não poderá ser poupança ou estar em nome de terceiros (não beneficiário). (vide alínea “d” do item **NOTA**, abaixo);
- ( ) Original do modelo do Registro de Informações Cadastrais Pessoa Física - Circular SUSEP 445/12 preenchido pelos beneficiários; (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) tais como: Relação de FGTS onde conste o nome do segurado, holerite ou ficha de rescisão contratual.
- ( ) **SOMENTE QUANDO HOUVER A SOLICITAÇÃO DE REEMBOLSO DO FUNERAL** - Original das Notas Fiscais e recibos referente as despesas com o funeral, bem como RG, CPF, Comprovante de residência atualizado, autorização de pagamento através de crédito em conta-corrente bancária e Original do formulário de Registro de Informações Cadastrais conforme circular SUSEP 445/12, referente ao custeador das despesas. (vide alínea “d” do item **NOTA**, abaixo)

**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, conforme caminho a seguir: [www.portoseguro.com.br](http://www.portoseguro.com.br) / Vida e Previdência / Em caso de sinistro.