

1 Dados da apólice

Itens de 1 a 3 a serem preenchidos pelo estipulante

Apólice N°	Estipulante / Sub Estipulante
------------	-------------------------------

2 Dados do segurado sinistrado

N° Certificado	Nome do segurado
----------------	------------------

Nascimento	Sexo	CPF	Estado Civil
------------	------	-----	--------------

Ocupação	Data de admissão	Renda / Salário - R\$
----------	------------------	-----------------------

Último dia de trabalho

Situação na data do sinistro **Ativo** **Aposentado (especificar motivo e data)** **Afastado** **Outros (especificar)**

--

Afastado do serviço nos últimos 05 (cinco) anos por enfermidade? Se positivo, indique o(s) período(s) de afastamento(s) e motivo(s)

.....
.....

Data	Assinatura do estipulante
------	---------------------------

Pessoa de contato	(DDD) Telefone
-------------------	----------------

3 Dados do sinistro

Tipo de Sinistro Invalidez Funcional por Doença - IFPD	Data do evento
---------------------------------------------------------------	----------------

Possui seguro em outras seguradoras? **Não** **Sim** Se positivo, especifique

4 Dados do reclamante

A ser preenchido pelo segurado

Nome	E-mail
------	--------

Endereço

Bairro	Cidade	UF
--------	--------	----

CEP	(DDD) Telefone
-----	----------------

Local e data	Assinatura do reclamante
--------------	--------------------------

5

Relatório Médico – Invalidez Funcional por Doença

A ser preenchido pelo médico assistente do sinistrado

Data da 1ª consulta médica

Qual diagnóstico da época?

Data da última consulta

Qual diagnóstico da última consulta?

Data início da doença que levou a invalidez

De que forma foi diagnosticada a doença?

O segurado tinha conhecimento?

Não

Sim

Desde quando?

Especifique a(s) doença(s) do segurado que justifiquem sua condição de inválido
A) em se tratando de cardiopatia, informar o enquadramento do segurado segundo a classificação funcional NYHA ou CCS.
B) em tratando de patologia que admita classificação ou estadiamento, queira especificá-la.

Data que ficou caracterizada a invalidez

Quais tratamentos que o segurado foi submetido até a data da invalidez?

Quais exames foram realizados relativos a doença que o invalidou?

A enfermidade apresentada pelo segurado determina alguma limitação física? Desde quando? De que tipo e para quais atividades (especificar):

O segurado é capaz de gerir seus bens/negócios? Apto para atos da vida civil?

Foram esgotados todos recursos terapêuticos visando a recuperação do paciente? Justifique

O segurado foi tratado anteriormente por outro(s) médico(s)

Não

Sim, especifique abaixo:

Nome do médico responsável

CRM

Local

Data

Assinatura / carimbo

Firma reconhecida do médico