CHUBB®

Aviso de Sinistro – Causas Acidentais

DECLARAÇÕES DO ESTIPULANTE

NOME DO ESTIPULANTE:		CPF/CNPJ:	
APÓLICE VIDA EM GRUPO:	APÓLICE ACIDENTES PESSOAIS:	Nº DO CERTIFICADO:	INÍCIO DE VIGÊNCIA DE APÓLICE:
NOME COMPLETO DO SEGURADO PRINCIPAL (TITULAR):			
ENDEREÇO COMPLETO:			
CPF DO SEGURADO PRINCIPAL (TIULAR)	DATA DE NASCIMENTO:	PROFISSÃO:	
NOME COMPLETO DO SEGURADO VITIMADO:			
ENDEREÇO COMPLETO:			
CPF DO SEGURADO VITIMADO:	DATA DE NASCIMENTO:		
ADMITIDO EM:	AFASTOU-SE DO TRABALHO DEFINITIVAMENTE EM:	LICENCIAMENTO POR INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA: DE ATÉ	
SALÁRIO NA DATA DO SINISTRO:R$	ÚLTIMO SALÁRIO:R$	CAPITAL SEGURADO: R$	

ASSINALE A COBERTURA A QUE SE REFERE O SINISTRO:

☐ MORTE ACIDENTAL ☐ INVALIDEZ TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE ☐ DIÁRIA POR INCAPACIDADE TEMPORÁRIA DIT ☐ OUTROS

LOCAL:	DATA:	ASSINATURA DO ESTIPULANTE

DECLARAÇÕES DO INTERESSADO

LOCAL DO SINISTRO:		DATA DO SINISTRO:	
DESCREVA O OCORRIDO, SUAS CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS:			
O OCORRIDO FOI PRESENCIADO POR OUTRAS PESSOAS? ☐ SIM ☐ NÃO	DATA:	HORA:	LOCAL:
NOME:	ENDEREÇO:		TEL:
APÓS O OCORRIDO O SEGURADO FOI SOCORRIDO OU MANTEVE CONTATO COM OUTRAS PESSOAS? ☐ SIM ☐ NÃO			
NOME:	ENDEREÇO:		TEL:
HOUVE INTERVENÇÃO POLICIAL? (BOLETIM DE OCORRÊNCIA) ☐ SIM ☐ NÃO	HOUVE INQUÉRITO POLICIAL? ☐ SIM ☐ NÃO		QUAL O Nº DO INQUÉRITO?
ÓRGÃO POLICIAL QUE REGISTROU A OCORRÊNCIA (ANEXAR CÓPIA):			
INFORME SE O SEGURADO TEM OUTROS SEGUROS DE VIDA/ACIDENTES PESSOAIS/DIT EM OUTRAS SEGURADORAS E QUAL O VALOR?			

SEGURADORA	CAPITAL SEGURADO(EM REAIS)
LOCAL: / DATA:	ASSINATURA DO DECLARANTE RESPONSÁVEL PELA VERACIDADE DOS FATOS ACIMA
CARTÓRIO PARA RECONHECIMENTO DE FIRMAS:	ENDEREÇO DO CARTÓRIO

CHUBB®

RELATÓRIO MÉDICO

QUANDO FALTAR ESPAÇO PARA INFORMAÇÕES, UTILIZE FOLHA PRÓPRIA, MENCIONANDO O ÍTEM QUE ESTÁ SENDO COMPLEMENTADO. AS INFORMAÇÕES PRESTADAS POR V.SA., DESTINAM-SE À ANÁLISE DA CONSULTORIA MÉDICA DA CHUBB SEGUROS, A QUAL MANTERÁ SIGILO, DE ACORDO COM O QUE DETERMINA O CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA.

APÓS O ACIDENTE FOI REALIZADO:
☐ COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DO TRABALHO ☐ BOLETIM DE OCORRÊNCIA ☐ LAUDO DE NECROPSIA ☐ EXAME TOXICOLÓGICO ☐ DOSAGEM ALCOÓLICA (ASSINALAR E ANEXAR)

NOME DO PACIENTE:	CPF DO PACIENTE:	SEXO: ☐ FEMININO ☐ MASCULINO

LOCAL DO ACIDENTE:	DATA:	LOCAL DO FALECIMENTO:	DATA:

1-DATA DO PRIMEIRO ATENDIMENTO:

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:

DATA DE OUTROS ATENDIMENTOS:	MOTIVO:

QUE TIPO DE EXAMES COMPLEMENTARES FORAM FEITOS:

3-AS LESÕES CONSTATADAS NO PACIENTE SÃO EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE? (ACIDENTE É UM EVENTO SÚBITO,VIOLENTO E EXTERNO)

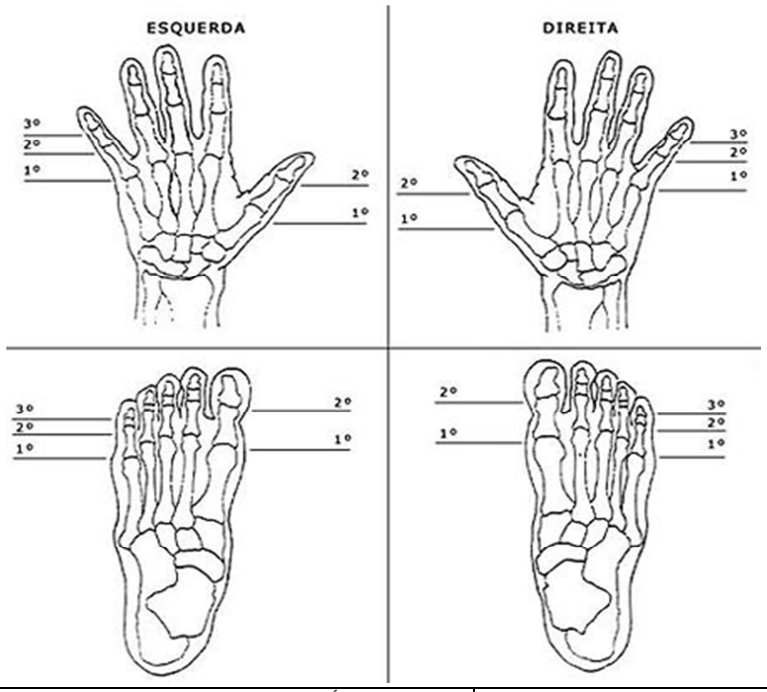
4-ENCONTROU NO ACIDENTADO,QUALQUER DEFEITO FÍSICO OU DOENÇA PREEXISTENTE AO ACIDENTADO?

5-ENCONTRA-SE O PACIENTE SOB TRATAMENTO MÉDICO?	QUAIS?	DATA DA ALTA MÉDICA OU REVISÃO DEFINITIVA.

6-EM CONSEQUÊNCIA DO ACIDENTE, HAVERÁ REDUÇÃO OU PERDA FUNCIONAL DO MEMBRO OU ÓRGÃO LESADO DO PACIENTE? ☐ SIM ☐ NÃO	QUAIS?

7-QUAL O GRAU DE REDUÇÃO OU PERDA FUNCIONAL DO PACIENTE?(DETERMINAR EM GRAU MÍNIMO, MÉDIO, MÁXIMO E ESTABELECER O PERCENTUAL.

8-A PERDA FUNCIONAL DO MEMBRO / ÓRGÃO, ESTÁ RELACIONADA COM A OCUPAÇÃO DO PACIENTE? ☐ SIM ☐ NÃO	QUAL A FUNÇÃO?	É CONSIDERADA LER / DORT?



9-NO CASO DE INVALIDEZ PERMANENTE TOTAL OU PARCIAL POR ACIDENTE PODE-SE AFIRMAR: É ☐ DEFINITIVA E IMPEDE O PACIENTE EXERCER QUALQUER TIPO DE ATIVIDADE REMUNERADA. ☐ É DEFINITIVA,POREM POSSIBILITA O PACIENTE EXERCER OUTRO TIPO DE ATIVIDADE REMUNERADA. ☐ NÃO É DEFINITIVA JUSTIFIQUE O ÍTEM ACIMA SELECIONADO:	FOI CONCEDIDA APOSENTADORIA PELA PREVIDÊNCIA? EM QUE DATA:

10-EM RAZÃO DO ACIDENTE, QUANTO TEMPO FICARÁ O PACIENTE AFASTADO DE SUAS ATIVIDADES PROFISSIONAIS? DIAS, MESES, ANOS.
JUSTIFIQUE:

CHUBB®

ACUIDADE VISUAL:(INVALIDEZ POR ACIDENTE)	
ESCALA DE SNELLEN	ESCALA DE WECKER
SEM CORREÇÃO:	SEM CORREÇÃO:
OD: OE:	OD: OE
COM CORREÇÃO:	COM CORREÇÃO:
OD: OE:	OD: OE:
INFORMAR AS AMETROPIAS EXISTENTES (EM DIOPTRIAS).	FUNDO DE OLHO:
OD: OE:	OD: OE:
MOTILIDADE OCULAR (EXTRÍNSICA E ENTRÍSICA).	SENSO CROMÁTICO:
OD: OE:	OD: OE:
TONOMETRIA	BIOMICROSCOPIA
OD: OE:	OD: OE:

DIAGNÓSTICOS:

ETIOLOGIA:

NO CASO DE INVALIDEZ POR ACIDENTE, A PERDA DA FUNÇÃO AUDITIVA É CONSIDERADA COMO:

☐ TOTAL E DEFINITIVA DE OMBOS OS OUVIDOS ☐ PARCIAL DE AMBOS OS OUVIDOS ☐ TOTAL E DEFINITIVA DE UM DOS OUVIDOS ☐ PARCIAL DE UM DOS OUVIDOS

QUAL É O NÍVEL DE PERDA DA FUNÇÃO AUDITIVA? %

IDENTIFICAÇÃO MÉDICA

NOME:	ESPECIALIDADE:	NºCRM/ESTADO:
END./TEL.:	CONSULTÓRIO/HOSPITAL:	

NOME E TELEFONE DE OUTROS PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS ANTERIORMENTE NO TRATAMENTO MÉDICO DO PACIENTE:

LOCAL:	DATA:	ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO ASSISTENTE:

CARTÓRIO PARA RECONHECIMENTO DE FIRMAS:	ENDEREÇO DO CARTÓRIO
NOME DO SEGURADO	CPF