

## Dados Cadastrais / Declarações do Segurado / Estipulante

Segurado titular:	CPF:	Data de nascimento:
Segurado sinistrado:	CPF:	Parentesco:
Estipulante / empresa: <b>Banco Agibank</b>	Apólice / Certificado: <b>71930006810</b>	
Data de admissão:	Último dia de trabalho:	Último salário:

Listar as outras seguradoras que o segurado tinha seguro:

---

---

O segurado tinha plano de saúde?  Sim  Não

Nome do plano de saúde:

Alguma outra seguradora já pagou alguma indenização recorrente desse evento?  Sim  Não

Quais?

---

---

Pessoa de contato / reclamante:

Telefone: ( )



Ao preencher este documento, reconheço e concordo que os dados pessoais de saúde aqui descritos serão utilizados para os fins necessários à consecução do objeto do contrato de seguro, seguindo as diretrizes da Política de Privacidade da Generali. Para obter mais informações sobre como a Generali cuida dos seus dados pessoais, bem como para entender como você pode exercer seus direitos relacionados aos seus dados pessoais, consulte a nossa Política de Privacidade, disponível em <http://www.generalibr.com.br/home/governanca/privacidade-de-dados/>.

Caso você ainda tenha dúvidas sobre esse assunto, fique à vontade para entrar em contato conosco pelo e-mail [privacidade@generalibr.com.br](mailto:privacidade@generalibr.com.br).

Estou de acordo com a Política de Privacidade.



Assinatura do Segurado/Reclamante



## Morte Natural / Acidental

(Para ser respondido pelo Médico e/ou Instituição médica que prestou atendimento ao Segurado)

Confirmo que a morte ocorrida é do tipo:  Morte Natural  Morte Acidental

Em que data e hora ocorreu a morte?

Em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_, às \_\_\_ horas e \_\_\_ minutos, atestado por \_\_\_\_\_  
 CRM: \_\_\_\_\_

Foi necessário fazer uma necrópsia?  Sim  Não

Se "sim", qual foi o motivo da necrópsia?

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**i Observação:** os beneficiários devem juntar uma cópia do laudo original da necrópsia.

No atestado de óbito existe um campo que mostra qual foi a “Causa Mortis”. Por favor, informar abaixo exatamente como está no atestado de óbito:

"Causa Mortis" primária:

"Causa Mortis" secundária:

"Causa Mortis" terciária:

Doença(s) crônica(s) que já existia(m) antes da morte do segurado:

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Data do diagnóstico: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

O segurado sabia da doença que causou a sua morte?  Sim  Não

Desde quando o Segurado sabia das doenças e mudanças na sua saúde?

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

Quais documentos médicos confirmam as informações acima?  
 (informar como o segurado e/ou sua família souberam dos fatos)

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Quando o segurado solicitou seus serviços profissionais?

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

Quais foram as lesões do segurado? Indique o local, a natureza, e a extensão das lesões.

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

As lesões foram causadas por causa do acidente/doença?  Sim  Não

Se não, quais foram as causas?

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Havia alguma doença, mutilação ou redução funcional (limitação) já existente?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
O segurado recebeu atendimento médico-hospitalar devido a este acidente antes do primeiro atendimento mencionado acima?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Se sim, onde e por qual médico foi atendido? (Forneça o nome completo, CRM e telefone):		
<hr/> <hr/>		
Foi feito exame toxicológico?	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Resultado:		
<hr/> <hr/>		

### Identificação do Médico-Assistente do Segurado

**ATENÇÃO:** Todas as informações e registros médicos prestados aqui serão de responsabilidade do médico que está preenchendo esse formulário caso não possam ser comprovadas pelos registros médicos oficiais

Nome completo do médico:		
Especialidade:	CRM:	Telefone: ( )
<hr/>  Local, Data e Assinatura sob Carimbo com CRM		

Ao preencher este documento, compartilho aqui meus dados pessoais. **Reconheço e concordo** que esses dados pessoais serão utilizados pela Generali somente para a realização da abertura do sinistro e sua regulação.



O uso dos dados pessoais segue as normas da Política de Privacidade de Dados da Generali. Consulte nossa Política de Privacidade para:

- Saber mais sobre como a Generali cuida dos seus dados pessoais.
- Entender como você pode gerenciar seus dados pessoais.

A Política de Privacidade da Generali está nesse link:

<http://www.generali.com.br/home/governanca/privacidade-de-dados/>



**Você ainda tem dúvidas sobre o uso dos seus dados pessoais?** Entre em contato conosco pelo e-mail [privacidade@generali.com.br](mailto:privacidade@generali.com.br).