

Tipo de Ocorrência

Morte <input type="checkbox"/> Natural <input type="checkbox"/> Acidental	Invalidez <input type="checkbox"/> Doença <input type="checkbox"/> Acidente	DMHA <input type="checkbox"/> Acidente	DIT <input type="checkbox"/> Doença <input type="checkbox"/> Acidente
---	---	--	---

Dados Cadastrais / Declarações do Segurado / Estipulante

Nome do Segurado		CPF	
Estipulante		Apólice/Certificado	Data Nascimento
Empresa		CNPJ	Data Admissão
Telefone	Última ocupação	Último dia trabalhado	Último salário
Aposentado? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Desde: ___/___/____		Tipo de Aposentadoria <input type="checkbox"/> Idade <input type="checkbox"/> Tempo de Serviço <input type="checkbox"/> Invalidez	
Mencione outras Seguradoras com as quais possui seguros		Possui plano de Previdência junto ao HSBC <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

Dados do Reclamante

Nome		Grau de parentesco com o(a) falecido(a)	
Logradouro (rua, av., etc.)			
Complemento	Bairro	Cidade	UF
CEP	Telefone	E-mail	Data

Beneficiários

Autorizo HSBC Seguros (Brasil) S.A. a creditar em minha **conta corrente**, desde que a cobertura ao evento seja estabelecido o valor da indenização do seguro reclamado.

Nome Beneficiário: _____ CPF/CNPJ: _____
 Nome/Código Banco: _____ Agência: _____ Conta: _____

Assinatura: _____

Estou ciente que:

- as informações prestadas acima são de minha total responsabilidade.
- o referido crédito somente será efetuado em minha **conta corrente** após a conclusão da análise do processo de sinistro e constatação da cobertura do evento, a qual fica sujeita às condições que regem o contrato de seguro.
- havendo outros beneficiários, o crédito autorizado corresponderá somente à minha participação no recebimento.
- o HSBC não se responsabilizará por encargos e/ou multas que possam ocorrer nos casos de insuficiência ou erro em dados informados pelo emitente.

Observações:

A **conta corrente** informada acima deve obrigatoriamente pertencer ao beneficiário do crédito.
 Deverá ser preenchida uma autorização para cada beneficiário.
 Para beneficiários menores, poderá ser efetuado crédito na conta do representante (desde que exerça pátrio poder).

Descrição do Evento

Data	Hora	Local
O acidente foi registrado por Autoridade Policial? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim		Distrito Policial
Descrição do evento		
Houve atendimento médico antes do evento?		Datas
Nome dos médicos responsáveis		
Houve internação hospitalar?		Períodos
Hospitais		
Identificar qual deverá ser nosso contato: <input type="checkbox"/> Segurado <input type="checkbox"/> Reclamante <input type="checkbox"/> Agência Cód./Nome _____ <input type="checkbox"/> Corretor(a) Cód./Nome _____ <input type="checkbox"/> Unidade de Negócios Cód./Nome _____ Telefone _____ E-mail _____		
Assinatura do Segurado	Assinatura do Reclamante com Firma Reconhecida	Carimbo e Assinatura do Estipulante

Preenchimento Médico**Relatório Médico**

Nome do Paciente

Tipos de Ocorrência**Morte Natural / Invalidez Permanente Total por Doença**

Doença ou estado mórbido que causou diretamente a Invalidez ou a Morte (mencionar C.I.D.)

Início dos sintomas Quais?

Início do tratamento Quais?

Locais

Tinha o paciente conhecimento da doença?

 Não Sim Desde quando? _____

Tinham os familiares do paciente conhecimento da doença?

 Não Sim

Em caso positivo, quem?

Desde quando? _____

Quando Vsa. começou a prestar assistência profissional ao paciente?

Houve internação?

 Não Sim Períodos: _____

Hospitais

Era o paciente portador de alguma outra doença? Qual(is)?

O paciente esteve ou está no gozo do benefício de auxílio doença junto a instituto previdenciário oficial? (em caso positivo o reclamante deve anexar cópia)

Houve concessão de aposentadoria por órgão previdenciário oficial? (em caso positivo o reclamante deve anexar cópia)

Foi realizada necrópsia? (em caso positivo o reclamante deve anexar cópia do laudo de exame necroscópico)

No caso de invalidez total e permanente por doença: A doença do paciente é considerada irreversível?

Explique:

A doença do paciente o impede de exercer qualquer atividade da qual lhe advenha remuneração ou lucro?

Explique:

Desde quando está o paciente total ou permanentemente inválido? (citar a data em que foi constatada a incapacidade total do paciente)

Morte Acidental

Causa

 Acidente Automobilístico Suicídio Homicídio Latrocínio Outros (especificar) _____

Foi realizado Exame Necroscópico? (em caso positivo o reclamante deve anexar cópia)

Foi realizada dosagem alcoólica e/ou exame toxicológico? (em caso positivo o reclamante deve anexar cópia)

O óbito foi exclusivamente decorrente de acidente?

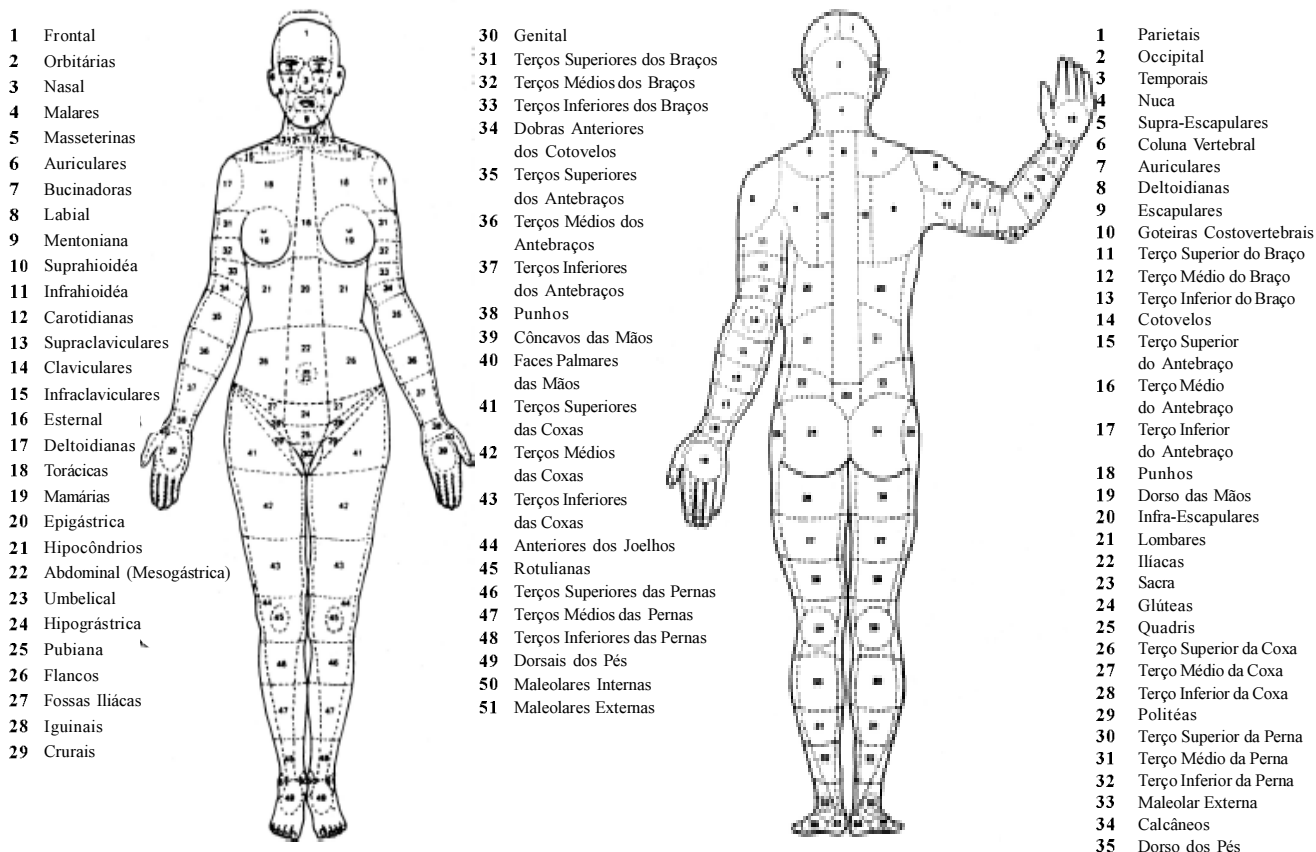
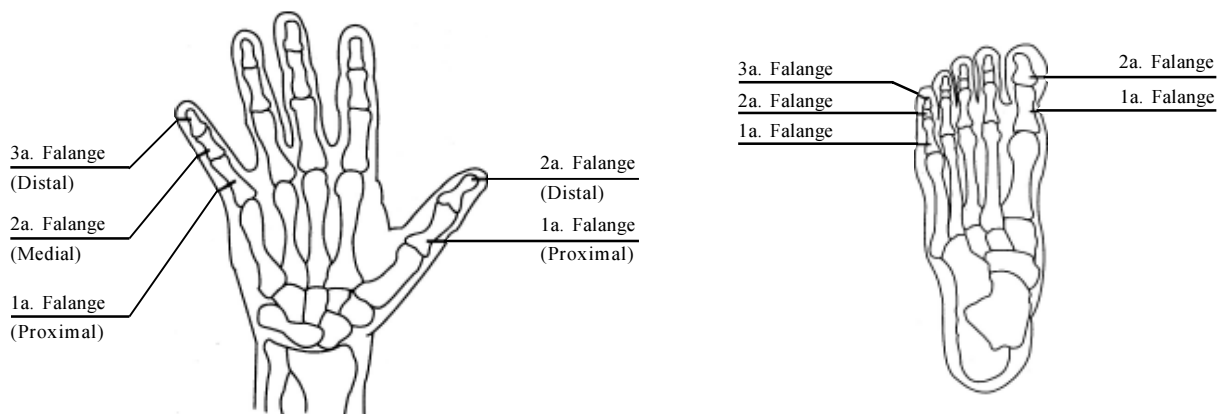
 Sim Não

Esclarecer

Invalidez Permanente por Acidente

Especificar as lesões decorrentes do acidente/diagnóstico	
Foram as lesões causadas exclusivamente pelo acidente? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Esclarecer: _____	
Houve concorrência de doença anterior complicando as lesões causadas pelo acidente? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Esclarecer: _____	
Houve necessidade de internação hospitalar? Indicar hospitais: _____	
Períodos	Data da alta
O paciente encontra-se em tratamento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Data da alta médica
Houve perda ou impotência funcional definitiva de membros ou órgãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Quais (utilize as figuras abaixo para ilustrar):	
Qual o grau de perda ou impotência funcional do membro/órgão em percentual (de 0% a 100%)	
Na impossibilidade de quantificar a incapacidade em percentual, indicar: <input type="checkbox"/> Mínimo <input type="checkbox"/> Médio <input type="checkbox"/> Máximo	
Era o paciente portador de alguma deficiência anterior? Especificar: _____	

Indicação das Lesões (Regiões)



Despesas Médicas Hospitalares por Acidente (DMHA)

Nome do Paciente	
Causa do atendimento <input type="checkbox"/> 1 - Acidente <input type="checkbox"/> 2 - Doença	Data do acidente ou início da doença que determinou o atendimento
Nome do médico que prestou o primeiro atendimento	Data do primeiro atendimento
Diagnóstico da doença ou das lesões diretamente produzidas pelo acidente que determinou o atendimento	
Tipo de tratamento realizado com respectivas datas (inclusive cirurgias)	
Houve concorrência de lesão pré-existente ou doença com o trauma que determinou o atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Em caso positivo, esclarecer: _____	

Diária de Incapacidade Temporária (DIT)

Nome do Paciente	
Diagnóstico(s) principal(is) secundário(s) / CID 10	
Procedimento(s) realizado(s) <input type="checkbox"/> Clínico <input type="checkbox"/> Cirúrgico	
Indicar data da primeira consulta e diagnósticos	
Períodos de hospitalização	Períodos de tratamento ambulatorial
Número de dias para recuperação total e retorno às atividades	
Nome do(s) hospita(is)/clínica(s)	
Houve tratamento ambulatorial ou hospitalar anterior para a mesma lesão ou doença? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Indicar	
a) Datas	b) Tratamento(s) realizado(s)
c) Nome do(s) médico(s) assistente(s)	
d) Nome do(s) hospital(is) e clínica(s)	
Sua assistência ao paciente <input type="checkbox"/> Habitual <input type="checkbox"/> Não Habitual	

Identificação

Nome do médico	
Endereço	
Cidade/Estado	
Especialidade	CRM
DDD e Telefone	E-mail
	Espaço destinado ao reconhecimento de firma (em cartório)
Local e Data	
Assinatura e Carimbo com CRM	