

COMUNICAÇÃO DE SINISTRO POR MORTE

PREENCHER COM LETRA DE FORMA

INFORMAÇÕES DO MÉDICO

Nome do sinistrado	Idade
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Local do falecimento	Data	Hora
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Data da sua primeira visita	Causa Mortis	Imediata	
Data da sua última visita		Mediata	
Desde quando foi seu médico?		Doença ou estado?	Foi seu médico durante a doença ou acidente que provocou sua morte? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Há quanto tempo na sua opinião, esteve o falecido sofrendo da moléstia que o vitimou?	Por quanto tempo esteve impossibilitado de trabalhar devido à doença ou acidente que o vitimou?	Tinha o falecido conhecimento da existência do mal? Desde quando? (em caso afirmativo) <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não ____/____/____	

Quando foi pela primeira vez consultado pelo falecido sobre a moléstia que direta ou indiretamente lhe causou a morte?

Foi o mesmo submetido a internação hospitalar? Indique as datas (caso afirmativo)	Hospital (is) respectivamente
<input type="checkbox"/> Sim 1 ____/____/____ 3 ____/____/____	_____
<input type="checkbox"/> Não 2 ____/____/____ 4 ____/____/____	_____

Sofreu o paciente alguma intervenção cirúrgica em virtude da doença ou acidente que o vitimou? Indique as datas (caso afirmativo)	Hospital (is) respectivamente
<input type="checkbox"/> Sim 1 ____/____/____ 3 ____/____/____	_____
<input type="checkbox"/> Não 2 ____/____/____ 4 ____/____/____	_____

Houve alguma causa especial, direta ou indiretamente para a morte, proveniente de hábitos, ocupação ou resistência do falecido?

Outras informações que julgar importante registrar (não havendo, inutilize o espaço)

COMUNICAÇÃO DE SINISTRO POR MORTE

DECLARAÇÃO DO MÉDICO

Afirmo pela presente, que assisti ao falecido desde o dia ____ de _____ de _____, até o dia ____ de _____ de _____, e que as respostas acima e no anverso são completas e verdadeiras.

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO MÉDICO

RECONHECER FIRMA DO MÉDICO EM CARTÓRIO

DADOS DO MÉDICO

Nome legível do médico

CRM

Endereço residencial

Número

Complemento

CPF

Bairro

Cidade

Telefone

AUTORIZAÇÃO DO BENEFICIÁRIO

Autorizo, na qualidade de beneficiário(a) do(a) segurado(a), os médicos que o(a) trataram, os hospitais ou clínicas onde esteve internado(a), bem como laboratórios onde tenha realizado exames, que prestem todas as informações solicitadas pela MAPFRE VIDA S/A, quer sejam através de Declarações ou cópias de exames e prontuários Médicos Hospitalares.

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO