

COMUNICAÇÃO DE SINISTRO POR MORTE

INFORMAÇÕES DO MÉDICO

Preencher com letra de forma

Nome do sinistrado		Idade	
Local do falecimento		Data	Hora
Data da sua primeira visita	Data da sua última visita	Desde quando foi seu médico?	

CAUSA MORTIS

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

Teleatendimento ao Cliente: 0800 61 3040 • Teleatendimento aos Surdos: 0800 646 4747 • Ouvidoria: 0800 647 8877

COMUNICAÇÃO DE SINISTRO POR MORTE

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)

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	CPF
Telefone ()	Endereço completo		
Bairro	Cidade	Estado	

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 Médico

Teleatendimento ao Cliente: 0800 61 3040 • Teleatendimento aos Surdos: 0800 646 4747 • Ouvidoria: 0800 647 8877

Fundação Habitacional do Exército - FHE

Edifício Sede da Fundação Habitacional do Exército - Av. Duque de Caxias, s/n.º - Setor Militar Urbano (SMU) - 70630-902 - Brasília/DF