

Preenchimento exclusivo: seguro pessoa jurídica

ESTIPULANTE/EMPRESA

DATA DE ADMISSÃO

Dados do Segurado

NOME DO SEGURADO

APÓLICE/CERTIFICADO

DATA DE NASCIMENTO

IDADE

CPF

PROFISSÃO

DDD E TELEFONE

MENCIONE OUTRAS SEGURADORAS COM AS QUAIS POSSUI SEGURO E QUAL O SEGURO

Dados para Contato

NOME COMPLETO

CPF

COMO DESEJA ACOMPANHAR O STATUS DO SINISTRO?

 E-MAIL

INFORME SEU E-MAIL:

 SMS

INFORME SEU TELEFONE COM DDD:

 TELEFONE

INFORME SEU TELEFONE COM DDD:

Dados do Sinistrado

NOME DO SINISTRADO

CPF

ENDEREÇO

COMPLEMENTO

BAIRRO

CIDADE

UF

CEP

DDD E TELEFONE

RECADO

E-MAIL

Descrição do Evento

DATA DO FALECIMENTO

HORA DO FALECIMENTO LOCAL

CAUSA MORTIS

DIA / MÊS / ANO

O EVENTO FOI REGISTRADO POR AUTORIDADE POLICIAL?

DISTRITO POLICIAL

 NÃO SIM

FOI FEITA AUTÓPSIA? (EM CASO POSITIVO, ANEXAR CÓPIA DO LAUDO)

 NÃO SIM

DESCRIÇÃO DO EVENTO

Histórico Médico

- 1) Esta declaração deverá ser preenchida e assinada pelo médico que tratou do falecido na sua última enfermidade.
- 2) Para facilitar o pagamento do seguro, o médico declarante deve responder completamente a todos os quesitos.
- 3) Evitar o uso de termos vagos, como “lesão do coração”, “debilidade geral” e semelhantes, exceto se seguidos de explicação detalhada.
- 4) Caso os espaços destinados às respostas não sejam suficientes, utilizar a parte destinada às “observações adicionais”.
- 5) Caso o médico assistente se recuse a preencher este documento, substituí-lo por Relatório Médico com o Histórico das Doenças e Cópia de todos os exames realizados para o tratamento.

DESDE QUANDO FOI SEU MÉDICO?

QUAL MOTIVO?

--	--

DOENÇA OU ESTADO MÓRBIDO QUE CAUSOU DIRETAMENTE A MORTE DO SEGURADO (MENCIONAR C.I.D.)

--

INÍCIO DOS SINTOMAS

QUAIS?

--	--

INÍCIO DO TRATAMENTO

QUAIS?

--	--

NA SUA OPINIÃO, HÁ QUANTO TEMPO O FALECIDO SOFRIA DA DOENÇA QUE O VITIMOU?

--

QUE EXAMES FORAM REALIZADOS PARA ESCLARECIMENTOS DO DIAGNÓSTICO? MENCIONAR DATAS E RESULTADOS.

--

O PACIENTE TINHA CONHECIMENTO DA DOENÇA?

NÃO

SIM

DESDE QUANDO?

	/		/	
DIA		MÊS		ANO

OS FAMILIARES DO PACIENTE TINHAM CONHECIMENTO DA DOENÇA?

NÃO

SIM

DESDE QUANDO?

	/		/	
DIA		MÊS		ANO

EM CASO POSITIVO, QUEM?

--

HOVE INTERNAÇÃO HOSPITALAR?

PERÍODO(S)

HOSPITAL(IS)

--	--	--

Histórico Médico

O PACIENTE FOI SUBMETIDO A CIRURGIA, INCLUSIVE BIÓPSIA?

O PACIENTE ERA PORTADOR DE ALGUMA OUTRA DOENÇA? QUAL(IS)?

HOUE ATENDIMENTO MÉDICO ANTES DO EVENTO?

DATAS

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

NOMES DOS MÉDICOS RESPONSÁVEIS

Identificação do Médico Assistente

NOME DO MÉDICO

CRM

ESPECIALIDADE

ENDEREÇO

CIDADE

UF

DDD E TELEFONE

E-MAIL

OBSERVAÇÕES

LOCAL: _____ DATA: _____

ASSINATURA E CARIMBO

ESPAÇO DESTINADO AO
RECONHECIMENTO DE FIRMA
(EM CARTÓRIO)

Dados dos Beneficiários

NOME DO BENEFICIÁRIO (1)				CPF
<input type="text"/>				
ENDEREÇO				
<input type="text"/>				
COMPLEMENTO	BAIRRO	CIDADE	UF	CEP
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DDD E TELEFONE	RECADO	E-MAIL		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		

NOME DO BENEFICIÁRIO (2)				CPF
<input type="text"/>				
ENDEREÇO				
<input type="text"/>				
COMPLEMENTO	BAIRRO	CIDADE	UF	CEP
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DDD E TELEFONE	RECADO	E-MAIL		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		

NOME DO BENEFICIÁRIO (3)				CPF
<input type="text"/>				
ENDEREÇO				
<input type="text"/>				
COMPLEMENTO	BAIRRO	CIDADE	UF	CEP
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DDD E TELEFONE	RECADO	E-MAIL		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		

NOME DO BENEFICIÁRIO (4)				CPF
<input type="text"/>				
ENDEREÇO				
<input type="text"/>				
COMPLEMENTO	BAIRRO	CIDADE	UF	CEP
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DDD E TELEFONE	RECADO	E-MAIL		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		

NOME DO BENEFICIÁRIO (5)				CPF
<input type="text"/>				
ENDEREÇO				
<input type="text"/>				
COMPLEMENTO	BAIRRO	CIDADE	UF	CEP
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
DDD E TELEFONE	RECADO	E-MAIL		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		

ESTAMOS CONECTADOS 24 HORAS, 7 DIAS POR SEMANA



**APLICATIVO
SANTANDER**



**SANTANDER
.COM.BR**



@SANTANDER_BR



SANTANDER BRASIL

Central de Atendimento

Consultas, informações
e transações.

4004 3535

(CAPITAIS E REGIÕES METROPOLITANAS)

0800 702 3535

(DEMAIS LOCALIDADES)

0800 723 5007

(Pessoas com deficiência auditiva e de fala.)

SAC

**Reclamações, cancelamentos
e informações: 0800 762 7777.**

Atende pessoas com deficiência
auditiva e de fala no 0800 771 0401.

OUVIDORIA

**Se não ficar satisfeito com
a solução apresentada:**

0800 726 0322. Disponível

de segunda a sexta-feira,
das **9h às 18h**, exceto feriado.

Atende pessoas com deficiência
auditiva e de fala no 0800 771 0301.