

Tipo de Ocorrência

Morte [] Natural [] Acidental	Invalidez [] Doença [] Acidente	DMHA [] Acidente	DIT [] Doença [] 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? [] Não [] Sim Desde: ___/___/___		Tipo de Aposentadoria [] Idade [] Tempo de Serviço [] Invalidez	
		Possui plano de Previdência junto ao HSBC [] Sim [] Não	
Mencione outras Seguradoras com as quais possui seguros			

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? [] Não [] 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: [] Segurado [] Reclamante [] Agência Cód./Nome _____ [] Corretor(a) Cód./Nome _____ [] 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?

Sim Não Esclarecer: _____

Houve concorrência de doença anterior complicando as lesões causadas pelo acidente?

Sim Não Esclarecer: _____

Houve necessidade de internação hospitalar?

Indicar hospitais: _____

Períodos

Data da alta

O paciente encontra-se em tratamento?

Sim Não

Data da alta médica

Houve perda ou impotência funcional definitiva de membros ou órgãos?

Sim Não

Quais (utilize as figuras abaixo para ilustrar):

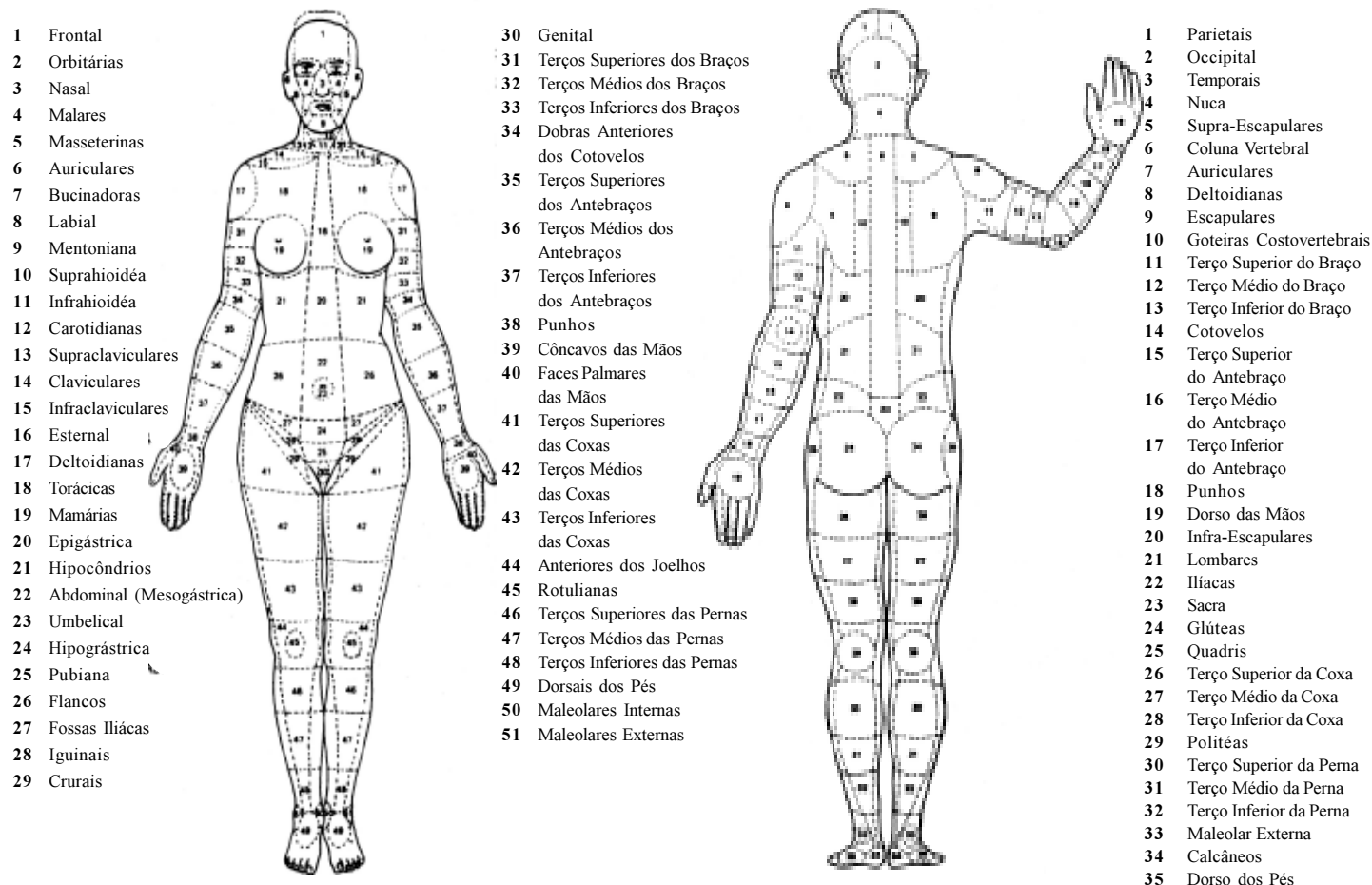
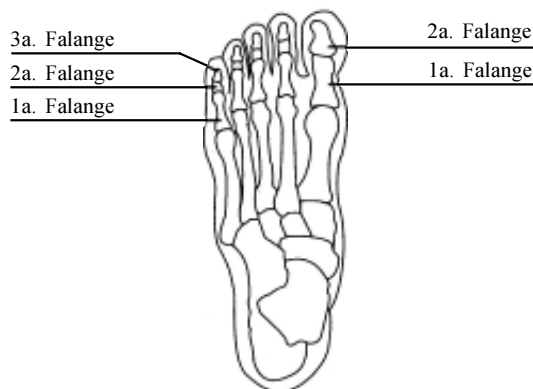
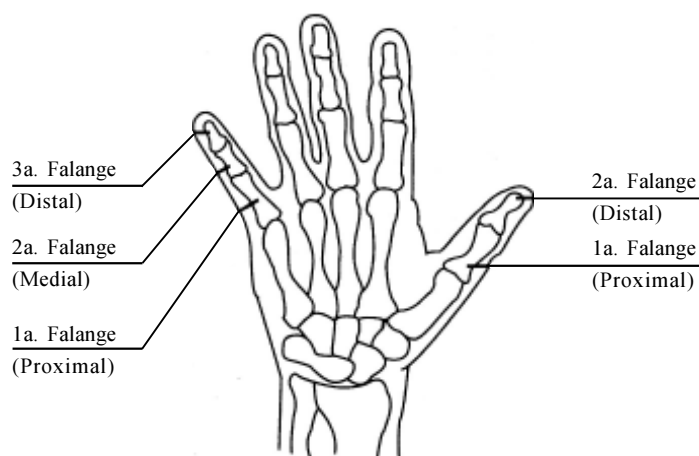
Qual o grau de perda ou impotência funcional do membro/órgão em percentual (de 0% a 100%)

Na impossibilidade de quantificar a incapacidade em percentual, indicar:

Mínimo Médio 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 [] 1 - Acidente [] 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? [] Sim [] 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) [] Clínico [] 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? [] Não [] 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 [] Habitual [] 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	

Eu, _____ portador de CI/RG nº _____ órgão expedidor/UF _____ e inscrito no CPF/MF sob nº _____ residente e domiciliado à (Rua/Av./) _____ N° _____ Complemento: _____ Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____ na qualidade de _____ do segurado, Sr(a) _____ (contrato nº _____), Autorizo, nos termos da Resolução 1658 de 13/12/2002 do Conselho Federal de Medicina, o HSBC SEGUROS (BRASIL) S/A ou seu representante devidamente autorizado, a solicitar cópias de fichas médicas, de prontuários clínicos, de resultados de exames, relatório de acompanhamento clínico e atestados médicos, com a indicação das doenças tratadas e respectivas datas de diagnóstico e atendimentos, junto aos médicos, hospitais, clínicas, laboratórios, Convênios Médicos, Planos de Saúde, enfim, toda e qualquer entidade pública ou privada, de assistência médico previdenciária (INSS), referentes a _____, (data de nascimento ____/____/____). AUTORIZO, ainda que referidos documentos sejam entregues ao representante autorizado do HSBC SEGUROS (BRASIL) S/A, com a finalidade exclusiva de que sejam submetidos à análise junto à Seguradora.

Para que produza seus efeitos assino a presente autorização, nesta data.

_____, ____ de _____ de _____.

Assinatura: _____

Nome: _____

Obs.: Este documento deverá ser reconhecido em cartório.