

	FORMULÁRIO		CÓDIGO	FR.164
	COMUNICAÇÃO DE SINISTRO POR MORTE		VERSÃO	V002-2013
			REFERÊNCIA	NP.062
Nº Da Apólice:	Data de Início:	Capital Segurado R\$:		
Nº do Certificado:	Cobertura:			
DECLARAÇÃO DO ESTIPULANTE / EMPREGADOR				
Declaramos que o nosso associado/empregado SR (a) de anos de idade, faleceu no dia de de . O falecido trabalhou pela última vez no dia de de . Recebendo salário mensal de R\$:				
Dados do Comunicante				
Nome:	(DDD) Telefone:	Email:		
AUTORIZAÇÃO DO BENEFICIÁRIO				
Autorizo, na qualidade de beneficiários (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 Seguros , quer sejam através de declarações ou cópias de exames e prontuários Médicos Hospitalares, estando em conformidade com os artigos 102 e 112 do Código de Ética Médica.				
Local e Data			Assinatura do Beneficiário	
DOCUMENTOS NECESSÁRIOS				
Em caso de Sinistro de Morte Natural (Básica) anexar: <ul style="list-style-type: none"> • Comunicado de sinistro com informações médicas (preenchidos todos os itens) • Cópia da Certidão de Óbito (autenticada). • Cópia do RG e CPF do Segurado. • Cópia do Registro de Emprego e Contra Cheque do Mês do Óbito (quando se tratar de apólice coletiva). • Cópia do RG e CPF do Beneficiário. • Certidão de Casamento (atualizada pós óbito). • Cópia do comprovante de Residência do Segurado (s) e do (s) Beneficiário (s). • Autorização para crédito de indenização em conta corrente. 				
Em caso de Sinistro de Morte Acidental (IEA) – além dos documentos acima, anexar: <ul style="list-style-type: none"> • Boletim de Ocorrência Policial (Original). • Cópia da carteira nacional de habilitação (no caso de acidente de trânsito, sendo o segurado o motorista na ocasião). • Cópia do laudo do exame necroscópico. 				
Nota: Poderão ser solicitadas posteriormente peças do Inquérito Policial. Nota: Quando o beneficiário for menor de 16 anos, somente será liberado o pagamento através de Alvará Judicial ou Declaração de Pátrio Poder.				
INFORMAÇÕES DO MEDICO				
Nome do Sinistrado:				
Local do Falecimento:			Data:	Hora:
Data de sua primeira visita:		Data da sua última visita:	Desde quando foi seu médico:	
Causa Mortis	Imediata: <input type="checkbox"/>	Mediata: <input type="checkbox"/>	Doença ou estado:	
Foi seu médico durante a doença ou acidente eu provocou sua morte			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

