

Comunicado de Sinistro - Morte

ESTIPULANTE: CLUBE PASI DE SEGUROS

GARANTIA: MAPFRE - VERA CRUZ

SUB-ESTIPULANTE (ENTIDADE / EMPRESA)

CONVÊNIO / Nº APÓLICE

PRODUTOS: PASI AGROVIDA

Marcar com um "x" o evento ocorrido / vítima:

- Morte por Qualquer Causa Titular (100%) Cônjuge (50%) Filho(a) (25%) Empregado(a) Doméstico(a) (20%)
 Reembolso à Empresa por Rescisão Trabalhista (Limitado em até 10% do Capital Básico Segurado)
 Reembolso das despesas com sepultamento

Local de ocorrência: Trabalho Itinerário Casa Hospital Trânsito Outros _____

Falecimento - Causa Mortis: Natural Acidental Choque Anafilático

DADOS PESSOAIS DA VÍTIMA:

Último dia trabalhado ____/____/____

Nome Completo

CPF

Data de Nascimento

Sexo

Data Admissão na Empresa

Data do Falecimento

DADOS DO(S) BENEFICIÁRIO(S) DO SEGURO:

Nome Completo

Parentesco

Data de Nascimento

Sexo

CPF

Doc. Identidade nº / tipo

Telefone

()

Alimentação: Endereço completo p/ entrega de duas cestas básicas (somente por morte do titular) (Rua/Bairro/Cidade/UF/CEP)

Nome Completo do Responsável

Carimbo e Assinatura da Empresa / Entidade

Data

DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA*:

- Comunicado de Sinistro devidamente preenchido assinado e carimbado pela empresa. Cópia do Boletim Ocorrência Morte Acidental.
 Cópia autenticada da Certidão de Óbito/Casamento/Nascimento. CAT - Comunicado de Acidente do Trabalho.
 Cópia do CTPS trabalhador (parte c/foto, dados pessoais e contrato). Cópia da última fatura / boleto quitada.
 Cópia do Registro de Empregado (frente e verso). Cópia da Guia de Recolhimento da GFIP (completa!).
 Cópias do RG e do CPF ou do PIS do falecido e beneficiário. Cópia dos últimos 3(três) recibos de pgto. ao(à) empregado(a) doméstico(a) devidamente assinado pelo empregado(a).
 Cópia da Rescisão Contrato Trabalho (homologada, se for o caso). Cópia da Contribuição Confederativa Quitada (caso específico).
 Certidão de Breve Relato Expedida pela Junta Comercial. Cópia do Contrato Social e Última Alteração.

* Caso necessário outros documentos poderão ser solicitados.

Obs.: Em caso de companheirismo, apresentar todos os documentos possíveis para comprovação da convivência marital.

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

Dia da Morte: Dia de Semana Fim de Semana Férias Feriado

Morte Natural em Consequência de:

- Doença Cardíaca Neurológica AIDS Fígado Dengue
 Infarto Renal Câncer Depressão Infecção Hospitalar
 Doença Respiratória / Pulmão Diabetes Sub-nutrição Suicídio Outros: _____

Morte Acidental em Consequência de: _____

Partes Afetadas:

- Cabeça Braço Direito Perna Direita Coluna
 Pescoço Braço Esquerdo Perna Esquerda Abdômen
 Torax Mãos Pés Outros: _____



PASI

PLANO DE
AMPARO
SOCIAL
IMEDIATO

Garantia:

