

DADOS DO SUBESTIPULANTE / EMPRESA

Subestipulante: _____ CNPJ: _____

Apólice: _____ Convênio: _____ Tel.: () _____ Celular ou WhatsApp: () _____

Contato: _____ e-mail: _____

DADOS DO TITULAR DO SEGURO

Segurado Titular: _____ CPF: _____

Data de Admissão: _____ / _____ / _____ Profissão: _____ Função exercida: _____

Tipo de Vínculo com o Subestipulante: Funcionário Sócio / Acionista Estagiário Prestador Associado Cooperado

DADOS DO SINISTRADO

Tipo de Sinistrado: Titular Cônjugue / Companheiro(a) Filho Pai / Mão

Nome completo: _____ CPF: _____

Data do Falecimento: _____ / _____ / _____ Beneficiário Responsável pelo Sinistro: _____

Possuía alguma doença? Não Sim Desde quando: _____ / _____ / _____ O falecimento foi em virtude da doença? Sim Não

Se sim, descrever a doença: _____

Estava aposentado(a)? Não Sim Desde quando: _____ / _____ / _____ Motivo: _____

Estava afastado(a)? Não Sim Desde quando: _____ / _____ / _____ Motivo: _____

Causa da Morte: _____ CID's: _____

Descrever como ocorreu o falecimento: _____

Coberturas reclamadas: Morte Natural Auxílio Funeral Reembolso por Rescisão Trabalhista Auxílio Alimentação / Cesta Básica

Caso possua a cobertura de Cestas Básicas indicar qual Beneficiário favorecido: _____

DADOS DO SOLICITANTE

Solicitante: Subestipulante Beneficiário Corretor do Seguro Representante legal

Nome: _____ Relação com a vítima: _____

Telefone: () _____ Celular: () _____ e-mail: _____

Endereço Completo: _____

Local e data
Assinatura do Solicitante
DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA - MORTE NATURAL

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - Aviso de sinistro de Morte Natural (formulário padrão PASI) devidamente preenchido e assinado pelo solicitante. O aviso também poderá ser enviado pelo Corretor, Beneficiário ou Representante legal. - Cópia simples da Certidão de Óbito do Sinistrado. Quando tratar-se de causa morte Indeterminada / Desconhecida / Aguardando Exames Complementares, é necessário enviar o Laudo do IML (Instituto Médico Legal). Na ausência deste, enviar declaração/relatório do médico/hospital informando porque a autópsia não foi solicitada e como foi determinada a causa da morte. - Cópia do RG e CPF ou CNH* do Sinistrado, sendo menor de idade enviar certidão de nascimento (*Carteira Nacional de Habilitação). - Cópia da Guia de Recolhimento GFIP/SEFIP do mês de ocorrência do sinistro (páginas em que constam o nome do segurado e do totalizador de funcionários) – caso necessário também poderão ser solicitados outros documentos para comprovação do vínculo e situação do segurado. - Cópia de contrato legal (prestação de serviço, estágio ou contrato social) ou comprovante de vínculo específico contratualmente pactuado (Apenas se aplica se o vínculo do titular com o Subestipulante não for contrato em regime CLT). - Cópia do RG e CPF ou CNH* do(s) Beneficiário(s), sendo menor de idade enviar certidão de nascimento ou RG e CPF (*Carteira Nacional de Habilitação). | <ul style="list-style-type: none"> - Formulário de Autorização para Pagamento de Indenização modelo PASI - Beneficiário Pessoa Física ou Pessoa Jurídica, em nome de cada um dos beneficiários. - Cópia do comprovante de residência atualizado em nome do(s) Beneficiário(s). Não existindo comprovante de endereço em nome próprio, deverá ser enviado Declaração de Residência feita pelo beneficiário/responsável legal e o comprovante de endereço existente em nome do terceiro (endereço de residência declarado). - Cópia simples da Certidão de Casamento atualizada, extraída após o óbito, constando as anotações de óbito e estado civil. Em caso de união estável enviar escritura pública declaratória ou Termo de Reconhecimento conforme orientações na Declaração de Únicos Herdeiros. - Declaração de Únicos Herdeiros modelo PASI. - Cópia do Termo de Rescisão do Contrato de Trabalho (TRCT) devidamente datado, assinado e carimbado pela empresa e responsável legal do trabalhador. Sendo o pagamento via judicial, enviar cópia do TRCT, ata de audiência e comprovante de depósito das verbas rescisórias (Apenas se aplica em caso de Reembolso por Rescisão Trabalhista). - Nota fiscal da Funerária original ou eletrônica com a discriminação de todos os serviços e valores, constando na nota o nome completo do sinistrado (Apenas se aplica em caso de Reembolso das despesas com o Funeral). <p>IMPORTANTE: Caso a Seguradora julgue necessário outros documentos poderão ser solicitados.</p> |
|--|--|

Envie toda a documentação necessária por correio para a Central PASI ou para o e-mail sinistro@pasi.com.br