PLANO DE AMPARO SOCIAL IMEDIATO
PASI

AVISO DE SINISTRO - INVALIDEZ POR ACIDENTE

Estipulante: PASI Serviços e Benefícios S.A.– CNPJ 58.086.880/0001-40

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 ◯ Cônjuge / Companheiro(a) ◯ Filho

Nome completo: _____ CPF: _____

Data do Acidente: _____/_____/_____ Hora do Acidente: _____ Local do Acidente: ◯ Trabalho ◯ Itinerário ◯ Outros

Cidade que ocorreu o Acidente: _____ UF: _____

Atividade exercida no momento do acidente: _____

O Acidente foi registrado? ◯ Não ◯ Sim: Através de ☐ BO - Boletim de Ocorrência ☐ CAT- Comunicado de Acidente de Trabalho ☐ Outros

Descrever detalhadamente como ocorreu o Acidente: _____

_____

_____

_____

_____

_____

Coberturas Reclamadas: ☐ Invalidez por Acidente ☐ Auxílio Alimentação (Cesta Básica)
☐ Auxílio Adaptação (Casa/Veículo) ☐ Reembolso por Rescisão Trabalhista

Responsável pelo Sinistro: ◯ Titular do Seguro ◯ Outro: _____ Parentesco: _____

DADOS DO SOLICITANTE

Solicitante: ◯ Subestipulante ◯ Beneficiário ◯ Corretor do Seguro ◯ Representante legal

Nome: _____ Relação com a sinistrado: _____

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

Endereço Completo: _____

_____ _____

Local e data ***Assinatura do Solicitante***

DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA - INVALIDEZ POR ACIDENTE	
- Aviso de sinistro de Invalidez por Acidente (formulário padrão PASI) devidamente preenchido e assinado pelo solicitante. **- Cópia do RG e CPF ou CNH* do Sinistrado**, sendo menor de idade enviar certidão de nascimento (*Carteira Nacional de Habilitação obrigatória quando o sinistrado for o condutor). **- 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 especifico contratualmente pactuado** *(Apenas se aplica se o vinculo do titular com o Subestipulante não for contrato em regime CLT).* - **Cópia do CAT - Comunicado de Acidente de Trabalho**, devidamente preenchido, assinado e carimbado pela empresa e médico assistente do segurado (obrigatório somente em caso de acidente de trabalho). **- Cópia do BO - Boletim de Ocorrência Policial** contendo a dinâmica do evento, somente caso realizado. **- Cópia do Laudo do IML - Instituto Médico Legal**, somente caso realizado.	**- Cópia de Resultado dos Exames Complementares** (dosagem alcoólica e toxicológico), quando tratar-se de acidente automobilístico e o sinistrado for o condutor do veículo. **- Cópia do Laudo de Perícia Técnica (IC)** realizada no local do Acidente, caso realizado. **- Formulário de Autorização para Pagamento de Indenização** modelo PASI – Beneficiário Pessoa Física, em nome de cada um dos beneficiários. **- Cópia simples da Certidão de Casamento atualizada.** Em caso de união estável enviar escritura pública declaratória ou Termo de Reconhecimento conforme orientações na Declaração de Únicos Herdeiros, caso o sinistrado seja cônjuge / companheira. **- Cópia do comprovante de residência atualizado em nome do(s) Sinistrado(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). - **Relatórios, exames médicos e radiografias que comprovem a Invalidez.** - **Relatórios informando a data do acidente, o percentual do déficit apresentado por segmento, descrição se a invalidez é parcial e permanente, data de confirmação da alta médica e, obrigatoriamente, da reabilitação.** **IMPORTANTE: Caso a Seguradora julgue necessário outros documentos poderão ser solicitados.**

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