PLANO DE AMPARO SOCIAL IMEDIATO
PASI

AVISO DE SINISTRO - MORTE ACIDENTAL

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 ☐ Pai / Mãe

Nome completo: _____ CPF: _____

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

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

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

Data do Acidente: _____/_____/_____ Cidade que ocorreu o Acidente: _____ UF: _____

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: ☐ Morte Acidental ☐ 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 ACIDENTAL	
- **Aviso de sinistro de Morte Acidental** (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 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 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). - **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 Laudo do IML - Instituto Médico Legal** (se realizado) e **Cópia de Resultado dos Exames Complementares** (dosagem alcoólica e toxicológico) - **Cópia do BO - Boletim de Ocorrência Policial** contendo a dinâmica do evento, e **Cópia do Laudo do IC - Instituto de Criminalística** (quando realizado). - **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 publica 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).* 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