

## 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 específico contratualmente pactuado** (*Apenas se aplica se o vínculo 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](mailto:sinistro@pasi.com.br)