



**TOKIO MARINE
SEGURADORA**

SEGURADORA: TOKIO MARINE SEGURADORA

Rua Sampaio Viana, 44 - 6º andar - São Paulo/SP

Cep: 04004-902

Tel.: (11) 3054-7137 / (11) 3054-7373

CNPJ nº 33.164.021/0001-00

SESEP nº 02931910149861

SEGURO DE VIDA EM GRUPO - PROVA DE INCAPACIDADE LABORATIVA TEMPORÁRIA

DECLARAÇÃO DO SEGURADO

Nome do Segurado	Apólice nº	Cert. nº
Endereço residencial (rua, avenida, praça)		
Data do início da lesão ou doença que determinou sua incapacidade	Data do afastamento do trabalho	Data do início do tratamento médico
Médicos que o tem assistido (citar nomes com endereços)		
DIAGNÓSTICO		
Descrição detalhada da ocorrência da doença, suas causas e consequências		
Está em tratamento atualmente?	() em casa	() hospital () consultório
A causa do seu afastamento foi decorrente de	() acidente	() doença

Declaro que minhas respostas são VERDADEIRAS, não havendo ou OMITIDO que possa interessar ao julgamento pela Companhia, da minha reclamação aos benefícios por invalidez.

AUTORIZO AOS PERITOS DA SEGURADORA, A REQUEREREM INFORMAÇÕES EM CLÍNICAS, LABORATÓRIOS, HOSPITAIS OU QUAISQUER OUTRAS ENTIDADES DE SAÚDE, PRIVADAS OU ESTADUAIS, QUE TENHAM PRESTADO ASSISTÊNCIA, INCLUSIVE INSTITUTO MÉDICO LEGAL, PROMOVEDO ACESSO A LAUDOS E PRONTUÁRIOS MÉDICO-HOSPITALARES, TAMBÉM AUTORIZO AOS MÉDICOS QUE ME ASSISTIRAM OU VENHAM A ASSISTIR, A PRESTAR INFORMAÇÕES SOBRE O MEU ESTADO DE SAÚDE. AUTORIZO A SEGURADORA A PROCEDER PERÍCIA ATRAVÉS DOS SEUS PERITOS MÉDICOS, TAMBÉM DISPENHO QUALQUER IMPEDIMENTO LIGADO AO SIGILO PROFISSIONAL.

LOCAL

DATA

ASSINATURA

DECLARAÇÃO DO EMPREGADOR

Empresa	Data admissão	Data do seu último dia de trabalho
Está licenciado pelo Instituto de Previdência?	() sim () não	____/____/____ Data de início e término

LOCAL

DATA

ASSINATURA

DECLARAÇÃO DO SEGURADO

Paciente	
Tratou o paciente antes da presente enfermidade? Quando? _____	() sim () não Qual a patologia? _____
Quando atendeu o paciente pela primeira vez, com relação à patologia atual?	
O paciente tem sido, desde então, atendido regularmente?	Queira indicar as datas
Há perda de movimento? () sim () não	Quais os membros atingidos?
Essa perda é total ou parcial?	Grau de perda (mencionar de 0% a 100%)
Há possibilidade de recuperação dos movimentos?	
Tratando-se de lesão no(s) olho(s) existe perda completa e definitiva da visão? Em caso positivo, qual o grau da perda (mencionar de 0% a 100%)	() sim () não
Queira indicar seu diagnóstico definitivo em relação à lesão ou moléstia determinante da incapacidade:	
Queira indicar os sintomas nos quais se baseou o diagnóstico da lesão ou moléstia para atestar a incapacidade:	
Quando principiou a presente lesão ou moléstia?	
Se a lesão ou moléstia for atingida, desde quando, em sua opinião, agravou-se a ponto de significar incapacidade total para o trabalho?	
Qual o tratamento que está sendo feito? (desde o início)	
É indispensável para o tratamento o atual afastamento do trabalho?	
É psicologicamente recomendável que o paciente continue a trabalhar?	
Qual a sua opinião como clínico? Considera o paciente total e definitivamente incapacitado para exercer qualquer atividade remunerada?	() sim () não
Em caso de positivo, julga o paciente em estado de incapacidade: a) Parcial temporária () sim () não b) Total temporária () sim () não c) Parcial definitiva () sim () não	
Há probabilidade de o paciente restabelecer-se com o tratamento adequado, podendo vir a exercer: a) suas atividades anteriores b) Outra atividade remunerada, dentro de sua capacidade física ou mental	() sim () não () sim () não
Quando poderá vir a exercer tal atividade? (No fim de algumas semanas, meses anos, especifique)	
Médico	CRM
Endereço residencial	Telefone
Endereço comercial	Telefone

LOCAL

DATA

Ass. Médico (c/ firma reconhecida)