

FORMULÁRIO DE AVISO DE SINISTRO

Cobertura de Diária de Internação

Hospitalar sem Cirurgia

ESTIPULANTE/SUBESTIPULANTE

	APÓLICE Nº
--	------------

FAVOR PREENCHER COM LETRA DE FÔRMA

DADOS DO(A) SEGURADO(A)

NOME COMPLETO DO(A) SEGURADO(A)		DATA DE NASCIMENTO	
CPF	TEL. RESIDENCIAL ()	TEL. CELULAR ()	
EMAIL			
ENDEREÇO		Nº	COMPLEMENTO
BAIRRO	CIDADE	CEP	UF
ESTAVA AFASTADO DO TRABALHO?	DESDE QUE DATA?	POR QUE MOTIVO?	
<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO	/ /		
ESTAVA APOSENTADO?	DESDE QUE DATA?	POR QUE MOTIVO?	
<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO	/ /		

DADOS DO SINISTRO - PARA PREENCHIMENTO MÉDICO

DATA DO INTERNAMENTO / /	INTERNAMENTO CAUSADO POR		
	<input type="radio"/> ACIDENTE DATA DO ACIDENTE / /	<input type="radio"/> DOENÇA DATA DO DIAGNÓSTICO / /	
SE ACIDENTE, RELATAR O ACIDENTE E SUAS CONSEQUÊNCIAS (MOTIVO DA INTERNAÇÃO)			
SE DOENÇA, RELATAR QUAL DOENÇA E DIAGNÓSTICO (MOTIVO DA INTERNAÇÃO)			
NOME DO HOSPITAL ONDE OCORREU O INTERNAMENTO		TELEFONE	
ENDEREÇO DO HOSPITAL		Nº	COMPLEMENTO
BAIRRO	CIDADE	CEP	UF
NOME DO MÉDICO ASSISTENTE	Nº CRM DO MÉDICO	TELEFONE	
NOME DO MÉDICO CIRURGIÃO	Nº CRM DO MÉDICO	TELEFONE	
DATA DO INTERNAMENTO	DATA DA ALTA		
CÓDIGO(S) DA AMB	CID DO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO		

FORMULÁRIO DE AVISO DE SINISTRO

Cobertura de Diária de Internação

Hospitalar sem Cirurgia

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO

Anexar a este formulário os seguintes documentos necessários para a avaliação do pedido de indenização:

- Cópia do RG e do CPF do segurado;
- Cópia atual do comprovante de residência do segurado;
- Cópia do vínculo com o estipulante ou subestipulante;
- Cópia do prontuário e dos laudos dos exames realizados;
- Nota fiscal original da internação emitida pela instituição hospitalar e/ou declaração original do hospital de que o segurado foi internado e com o período de internamento;
- Autorização para crédito em conta, com a cópia dos dados bancários informados.

Em qualquer momento a seguradora poderá solicitar mais documentos, se achar necessário.

AUTORIZO NA QUALIDADE DE SEGURADO(A)/BENEFICIÁRIO(A)/RESPONSÁVEL LEGAL, A MÉDICOS, HOSPITAIS E LABORATÓRIOS A PRESTAREM TODAS AS INFORMAÇÕES SOLICITADAS PELA ÁREA MÉDICA DA CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A.

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO(A) SEGURADO(A)/RESPONSÁVEL
LEGAL/ESTIPULANTE

Observação: o preenchimento deste formulário não dá o direito ao hospital efetuar cobranças, à seguradora, relativas ao internamento do segurado.