

FORMULÁRIO DE AVISO DE SINISTRO

Cobertura de Diária de Internação Hospitalar sem Cirurgia

ESTIPULANTE/SUBESTIPULANTE

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? <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO	DESDE QUE DATA? / /	POR QUE MOTIVO? _____	
ESTAVA APOSENTADO? <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO	DESDE QUE DATA? / /	POR QUE MOTIVO? _____	

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.