

# FORMULÁRIO DE AVISO DE SINISTRO

## Cobertura de Perda de Renda (Autônomo)

### Acidente ou Doença

#### 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 _____			
ENDERECO _____	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? _____	
QUAL O MOTIVO DA SOLICITAÇÃO DA INDENIZAÇÃO? <input type="radio"/> ACIDENTE    DATA DO ACIDENTE _____ / _____ / _____ <input type="radio"/> DOENÇA    DATA DO DIAGNÓSTICO _____ / _____ / _____			

#### DADOS DO SINISTRO - PARA PREENCHIMENTO MÉDICO

EM CASO DE DOENÇA DESCREVA A DATA DO INÍCIO DA DOENÇA DE BASE, DIAGNÓSTICO E PROGNÓSTICO. INCLUINDO O(S) RESULTADO(S) DOS EXAMES QUE CONFIRMARAM O DIAGNÓSTICO

_____
_____
_____
_____

OU

EM CASO DE ACIDENTE DESCREVA QUAL A DATA DA OCORRÊNCIA, COMO OCORREU O ACIDENTE, SUAS CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS

_____
_____
_____
_____

DIANTE DOS DIAGNÓSTICOS E PROGNÓSTICOS, QUANTOS DIAS SERÃO NECESSÁRIOS DE AFASTAMENTO?

_____
_____

EXISTEM TRATAMENTOS DISPONÍVEIS CAPAZES DE REVERTER O ATUAL QUADRO CLÍNICO? SE SIM, ESPECIFICAR QUAIS

_____
_____
_____

# FORMULÁRIO DE AVISO DE SINISTRO

## Cobertura de Perda de Renda (Autônomo)

### Acidente ou Doença



CENTAUR & CONSTELLATION INSURANCE, INC

NOME DO HOSPITAL ONDE OCORREU O INTERNAMENTO (SE HOUVER) \_\_\_\_\_

QUAL PERÍODO? \_\_\_\_\_

NOME DO MÉDICO ASSISTENTE \_\_\_\_\_

Nº CRM DO MÉDICO \_\_\_\_\_

TELEFONE \_\_\_\_\_

INDIQUE O NOME DE OUTRO(S) MÉDICO(S) QUE  
REALIZOU ATENDIMENTO, SE HOUVER

Nº CRM DO MÉDICO \_\_\_\_\_

TELEFONE \_\_\_\_\_

Nº CRM DO MÉDICO \_\_\_\_\_

TELEFONE \_\_\_\_\_

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;
- Atestado médico original;
- Comprovante de renda mensal, cópia autenticada do holerite ou declaração do último imposto de renda ou saldo médio bancário declarado pelo banco em papel timbrado.

**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