

FORMULÁRIO DE AVISO DE SINISTRO

Cobertura de Perda de Renda (Autônomo)

Acidente ou Doença

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?

☐ SIM ☐ NÃO

DESDE QUE DATA?

POR QUE MOTIVO?

ESTAVA APOSENTADO?

☐ SIM ☐ NÃO

DESDE QUE DATA?

POR QUE MOTIVO?

QUAL O MOTIVO DA SOLICITAÇÃO DA INDENIZAÇÃO?

☐ ACIDENTE

DATA DO ACIDENTE

☐ 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

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