

FORMULÁRIO DE AVISO DE SINISTRO

Cobertura de Doenças Graves

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 _____

ESTEVE AFASTADO DO TRABALHO NOS ÚLTIMOS 3 ANOS? EM CASO AFIRMATIVO INFORMAR QUAL MOTIVO E PÉRÓDO

DADOS DO SINISTRO - PARA PREENCHIMENTO MÉDICO

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL DA DOENÇA E SUA DATA, MOTIVO DA SOLICITAÇÃO DA INDENIZAÇÃO

INFORMAR O INÍCIO DA DOENÇA, SINTOMAS E A DATA EFETIVA DO DIAGNÓSTICO, INCLUINDO RESULTADOS DOS EXAMES QUE CONFIRMARAM O DIAGNÓSTICO

OUTRAS DOENÇAS QUE TENHAM CONTRIBUIDO PARA O QUADRO ATUAL? SE AFIRMATIVO, FAVOR ESPECIFICAR

HOUVE INTERNAMENTO? _____

SIM

NÃO

SE HOUVE, QUAL DATA? _____ / _____ / _____

DATA DA ALTA _____

IDENTIFIQUE O CÓDIGO DO CID _____

NOME DO HOSPITAL ONDE OCORREU O INTERNAMENTO (SE HOUVER) _____

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 _____

FORMULÁRIO DE AVISO DE SINISTRO

Cobertura de Doenças Graves

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL

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;
- Relatório médico atual (original);
- Cópia dos laudos dos exames que comprovem o diagnóstico;
- 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, DE ACORDO COM OS ARTIGOS 102 E 106 DO CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA.

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.