

FORMULÁRIO DE AVISO DE SINISTRO

Cobertura de Antecipação de Indenização

Doença ou Acidente

ESTIPULANTE/SUBESTIPULANTE

<input type="text"/>	APÓLICE Nº <input type="text"/>
----------------------	---------------------------------

FAVOR PREENCHER COM LETRA DE FÔRMA

DADOS DO(A) SEGURADO(A)

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

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

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

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

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

DIANTE DOS DIAGNÓSTICOS E PROGNÓSTICOS, O PACIENTE PODE SER ENQUADRADO EM QUE FASE DA DOENÇA?

<input type="text"/>
<input type="text"/>

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

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

NOME DO HOSPITAL ONDE OCORREU O INTERNAMENTO (SE HOUVER) <input type="text"/>	QUAL PERÍODO? <input type="text"/>
---	------------------------------------

FORMULÁRIO DE AVISO DE SINISTRO

Cobertura de Antecipação de Indenização

Doença ou Acidente

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;
- 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