

# FORMULÁRIO DE AVISO DE SINISTRO

## Cobertura de Antecipação de Indenização

### Doença ou Acidente

#### 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 ANTECIPAÇÃO DA COBERTURA? <input type="radio"/> ACIDENTE		DATA DO ACIDENTE _____ / _____ / _____
		QUAL O MOTIVO DA SOLICITAÇÃO DA ANTECIPAÇÃO DA COBERTURA? <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

_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

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

_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

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

_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

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

_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

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

QUAL PERÍODO? \_\_\_\_\_

_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

# 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

NOME DO MÉDICO	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