

FORMULÁRIO DE AVISO DE SINISTRO

Cobertura de Invalidez Laboral

Permanente e Total por Doença

ATENÇÃO: Para abreviar o julgamento da invalidez, pede-se preencher legivelmente todos os itens deste formulário

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"/>
DATA DO ÚLTIMO DIA DE TRABALHO <input type="text"/>	ESTÁ LICENCIADO PELO INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA SOCIAL <input type="text"/>		
<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO DATA DO INÍCIO E TÉRMINO <input type="text"/>			
NO CASO DE APOSENTADORIA, ESCLARECER SE FOI CONCEDIDA POR <input type="text"/>			
<input type="radio"/> IDADE <input type="radio"/> TEMPO DE SERVIÇO <input type="radio"/> INVALIDEZ			

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

A INVALIDEZ É DECORRENTE EXCLUSIVAMENTE DE DOENÇA? SE SIM, TEM CARÁTER PERMANENTE? (IRREVERSÍVEL) ESPECIFICAR

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

DATA DA OCORRÊNCIA (DATA DO INÍCIO DA LESÃO OU DOENÇA DE BASE QUE DETERMINOU A INVALIDEZ) <input type="text"/>	DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO <input type="text"/>
HOUVE PERDA OU IMPOTÊNCIA FUNCIONAL DEFINITIVA DE MEMBRO(S) OU ÓRGÃO(S)? <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO	ESPECIFICAR <input type="text"/>

EXISTEM TRATAMENTOS TERAPÊUTICOS OU CIRÚRGICOS DISPONÍVEIS QUE POSSAM REVERTER O QUADRO? CITAR QUAIS

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

EM CASO DE DOENÇA CAUSADORA DE PERDA IRREVERSÍVEL DA EXISTÊNCIA INDEPENDENTE DO SEGURADO, DESCREVA A DOENÇA DE BASE COM DATAS, ESTADO CLÍNICO ATUAL COM DATAS, CAUSAS E CONSEQUÊNCIAS (PROGNÓSTICO)

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

DATA EFETIVA QUE CARACTERIZOU A INVALIDEZ TOTAL (DIA, MÊS E ANO)
(CITAR A DATA QUE FICOU CONSTATADA A INCAPACIDADE TOTAL E PERMANENTE)

FORMULÁRIO DE AVISO DE SINISTRO

Cobertura de Invalidez Laboral

Permanente e Total por Doença

DURAÇÃO DA DOENÇA DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES OBTIDAS (CITAR ANOS, MESES E DIAS)

DURAÇÃO DA DOENÇA DE ACORDO COM SEU CONHECIMENTO PESSOAL (CITAR ANOS, MESES E DIAS)

INDIQUE O(S) NOME(S) DE OUTRO(S) MÉDICO(S) QUE TENHA(M) ASSISTIDO, BEM COMO HOSPITAL(IS) QUE ATENDEU(RAM) POR OCASIÃO DE SUA ENFERMIDADE

AFIRMO QUE ASSISTO O SEGURADO NO PERÍODO DE ____ / ____ / ____ A ____ / ____ / ____
E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, ESCRITAS DO MEU PRÓPRIO PUNHO, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO