

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"/>

DADOS DO(A) SINISTRADO(A)

NOME COMPLETO DO(A) SINISTRADO(A) <input type="text"/>		DATA DE NASCIMENTO <input type="text"/>	
CPF <input type="text"/>	TEL. RESIDENCIAL <input type="text"/> ()	TEL. CELULAR <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"/>

DADOS DO SINISTRO - PARA PREENCHIMENTO MÉDICO

DESCREVA A DATA DO INÍCIO DA DOENÇA, DIAGNÓSTICO COM CID 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"/>
<input type="text"/>
<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"/>
<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"/>

FORMULÁRIO DE AVISO DE SINISTRO

Cobertura de Doença Congênita de Filhos

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

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.