

FORMULÁRIO DE AVISO DE SINISTRO

Cobertura de Diária de Incapacidade Temporária - Doença

ESTIPULANTE/SUBESTIPULANTE

	APÓLICE Nº
--	------------

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
ESTAVA AFASTADO DO TRABALHO?	DESDE QUE DATA?	POR QUE MOTIVO?	
<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO	/ /		
ESTAVA APOSENTADO?	DESDE QUE DATA?	POR QUE MOTIVO?	
<input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO	/ /		

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

DADOS DO SINISTRO - PARA PREENCHIMENTO MÉDICO

DATA DO DIAGNÓSTICO	HOUVE INTERNAMENTO? <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO	SE HOUVE, QUAL DATA?	DATA DA ALTA
---------------------	--	----------------------	--------------

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

NOME DO HOSPITAL ONDE OCORREU O INTERNAMENTO/ATENDIMENTO	TELEFONE
--	----------

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

IDENTIFIQUE O CÓDIGO DO CID E AMB

DESCREVA O(S) MOTIVO(S) DO INTERNAMENTO

FORMULÁRIO DE AVISO DE SINISTRO

Cobertura de Diária de Incapacidade Temporária - Doença

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL

Anexar os seguintes documentos necessários para a avaliação do pedido de indenização:

- Atestado médico original, assinado e carimbado, comprovando a incapacidade temporária, indicando a data do evento e o número de dias afastado;
- Cópia do RG e do CPF do segurado;
- Cópia atual do comprovante de residência do segurado;
- Cópia do vínculo com o estipulante ou subestipulante;
- Quando houver internamento, enviar a declaração do hospital de que o segurado foi internado para submeter-se a tratamento cuja indenização está sendo solicitada;
- Laudos dos exames realizados;
- Comprovante de renda mensal, holerite ou última declaração de IR;
- 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.