



FORMULÁRIO DE AVISO DE SINISTRO

Perda de Renda por Desemprego Involuntário - PRDI

Perda de Renda por Incapacidade Física Total e Temporária - PRIFTT

Renda por Incapacidade Temporária - RIT

Renda por Incapacidade Temporária Acidente - RITA

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"/>	

DADOS DO(A) ALUNO(A) - NO CASO DE SEGURO EDUCACIONAL

NOME DO(A) ALUNO(A) <input type="text"/>		DATA DE NASCIMENTO <input type="text"/>	
GRAU DE PARENTESCO COM O SEGURADO <input type="text"/>	SÉRIE <input type="text"/>	MENSALIDADE NO MÊS DO EVENTO <input type="text"/>	DATA DO PAGAMENTO DA MENSALIDADE <input type="text"/>

SEGURADOS SEM VÍNCULO TRABALHISTA (CLT) PREENCHER AS QUESTÕES A SEGUIR

QUAL O MOTIVO DA SOLICITAÇÃO DA INDENIZAÇÃO? <input type="text"/>			
<input type="radio"/> ACIDENTE	DATA DO ACIDENTE <input type="text"/> / /	<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"/>

OU

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



FORMULÁRIO DE AVISO DE SINISTRO

Perda de Renda por Desemprego Involuntário - PRDI

Perda de Renda por Incapacidade Física Total e Temporária - PRIFTT

Renda por Incapacidade Temporária - RIT

Renda por Incapacidade Temporária Acidente - RITA

PARA DOENÇAS OU ACIDENTE O MÉDICO DEVE PREENCHER OS CAMPOS ABAIXO:

DIANTE DOS DIAGNÓSTICOS E PROGNÓSTICOS, QUANTOS DIAS SERÃO NECESSÁRIOS DE AFASTAMENTO?

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?
--	---------------

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

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