

# 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

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?

SIM

NÃO

DESDE QUE DATA?

/ /

POR QUE MOTIVO?

ESTAVA APOSENTADO?

SIM

NÃO

DESDE QUE DATA?

/ /

POR QUE MOTIVO?

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

NOME DO(A) ALUNO(A) \_\_\_\_\_

DATA DE NASCIMENTO \_\_\_\_\_

GRAU DE PARENTESCO COM  
O SEGURADO \_\_\_\_\_

SÉRIE \_\_\_\_\_

MENSALIDADE NO MÊS DO EVENTO \_\_\_\_\_

DATA DO PAGAMENTO  
DA MENSALIDADE \_\_\_\_\_

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

QUAL O MOTIVO DA SOLICITAÇÃO DA INDENIZAÇÃO?

ACIDENTE

DATA DO ACIDENTE \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

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

OU

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

# 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