

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 CENTAUR VIDA E PREVIDÊNCIA S/A.

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO(A) SEGURADO(A)/RESPONSÁVEL
LEGAL/ESTIPULANTE