

FORMULÁRIO DE AVISO DE SINISTRO

Cobertura de Diária de Internação Hospitalar com Cirurgia

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?	
☐ SIM ☐ NÃO	/ /		
ESTAVA APOSENTADO?	DESDE QUE DATA?	POR QUE MOTIVO?	
☐ SIM ☐ NÃO	/ /		

DADOS DO SINISTRO - PARA PREENCHIMENTO MÉDICO

DATA DO INTERNAMENTO / /	INTERNAMENTO CAUSADO POR	
	☐ ACIDENTE DATA DO ACIDENTE / /	☐ DOENÇA DATA DO DIAGNÓSTICO / /
SE ACIDENTE, RELATAR O ACIDENTE		
SE DOENÇA, RELATAR QUAL DOENÇA (DIAGNÓSTICO)		
NOME DO HOSPITAL ONDE OCORREU O INTERNAMENTO		TELEFONE
ENDEREÇO DO HOSPITAL	Nº	COMPLEMENTO
BAIRRO	CIDADE	CEP
NOME DO MÉDICO ASSISTENTE		Nº CRM DO MÉDICO
NOME DO MÉDICO CIRURGIÃO		Nº CRM DO MÉDICO
DATA DO INTERNAMENTO	DATA DA CIRURGIA	DATA DA ALTA
CÓDIGO(S) DA AMB	CID DO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO	
DESCREVA O PROCEDIMENTO CIRÚRGICO REALIZADO		

FORMULÁRIO DE AVISO DE SINISTRO

Cobertura de Diária de Internação Hospitalar com Cirurgia

EM CASO DE COLOCAÇÃO DE PRÓTESE, ESPECIFICAR O TIPO

--

EM CASO DE TRANSPLANTE, ESPECIFICAR O TIPO

--

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO

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;
- Cópia do prontuário e dos laudos dos exames realizados;
- Declaração do hospital de que o segurado foi internado para submeter-se a cirurgia cuja indenização está sendo solicitada, ou nota fiscal original da internação, emitida pela instituição hospitalar;
- 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.

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.