

DADOS CADASTRAIS/DECLARAÇÕES DO SEGURADO/ESTIPULANTE

Nome do Segurado:		CPF:	Data de nasc.:	
Endereço:			Telefone:	
Bairro:	Cidade:		CEP	UF
Estipulante/empresa:		Apólice/Certificado:		
CNPJ:	Telefone:		Pessoa de Contato:	
Data de Admissão na Empresa:	Último dia de trabalho:		Último Salário:	
Última ocupação:				
Situação do segurado na data do sinistro:		Tipo de aposentadoria:		Data do requerimento:
<input type="checkbox"/> Ativo <input type="checkbox"/> Aposentado <input type="checkbox"/> Afastado <input type="checkbox"/> Outros		<input type="checkbox"/> Idade <input type="checkbox"/> Tempo de Serviço <input type="checkbox"/> Invalidez		Data da concessão:
Recebeu indenizações decorrentes deste Evento por outra Seguradora? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não				
Quais?				
<div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div style="width: 45%; text-align: center;"> <hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> Assinatura do Segurado/Reclamante </div> <div style="width: 45%; text-align: center;"> <hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/> Carimbo e assinatura do Estipulante </div> </div>				

DOENÇAS GRAVES - DG
(A ser respondido pelo médico assistente)

1- Há quanto tempo o segurado encontra-se doente, segundo conhecimento pessoal?	
Anos	meses
dias	
2 – Duração segundo informações obtidas:	
Anos	meses
dias	
3- Data de sua primeira visita durante a última enfermidade	4- Data da última visita
4 -Descrição, CID e data do diagnóstico da doença:	
5 – Quais os exames complementares realizados para confirmação do diagnóstico? (Anexar cópia dos principais)	
6- Indique o tratamento clínico/cirúrgico em regime hospitalar (período/diagnóstico/hospital)	

IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO ASSISTENTE DO SEGURADO:**Observações:**

Ratifica-se que todos os dados e registros médicos acima informados serão de responsabilidade do médico declarante caso não possam ser devidamente comprovados por registros médicos oficiais.

Nome completo do médico:

Especialidade:

CRM:

Telefone:

Espaço destinado ao reconhecimento de firma (em cartório)

Loca, Data e Assinatura Sob Carimbo com CRM

DOCUMENTOS A SEREM ANEXADOS A ESTE FORMULÁRIO

- Relatórios Médicos e Exames realizados para o diagnóstico acompanhados dos respectivos laudos;
- Cópia da Carteira de Identidade, CPF e comprovante de residência (através de contas de consumo: luz, água, gás ou telefone fixo – últimos 180 dias) do Segurado; Caso não possua comprovante em seu nome, deverá encaminhar declaração de residência, junto com o comprovante de residência nominal a terceiro com o mesmo endereço da declaração –
- Cópia da Ficha de Registro de Empregado – Atualizada (FRE)- Na falta,
- Cópia dos Três últimos contracheques;
- Formulário de Concessão da Aposentadoria expedido pelo INSS ou similar, se houver;
- Formulário “Autorização de Crédito e PEP”, totalmente preenchido, datado e assinado pelo Segurado, inclusive, em relação à Profissão, Faixa de Renda e se Pessoa Politicamente Exposta.

Observação 1: Estão cobertas, única e exclusivamente, as doenças relacionadas em contrato do seguro, devidamente caracterizadas, sendo necessário que os seus diagnósticos e respectivos estágios ou classificações sigam os critérios estabelecidos nas condições específicas da garantia contratada.

Observação 2: Para efeito de determinação do capital segurado, na liquidação dos sinistros, será considerada como data do evento, a data da constatação da doença grave, conforme documento comprobatório do diagnóstico.