

SOLICITAÇÃO DE INDENIZAÇÃO SEGURO CIRURGIA



Nº Contrato	Data Internação	Hora	Data do Recebimento
Segurado Hospitalizado	CPF	Telefone Contato	

DECLARAÇÕES DO SEGURADO		TITULAR:			
CAUSAS. MOTIVO DA HOSPITALIZAÇÃO		CONSEQUÊNCIAS. TRATAMENTO REALIZADO			
<input type="checkbox"/> Acidente	<input type="checkbox"/> Enfermidade	<input type="checkbox"/> Parto	<input type="checkbox"/> Clínico	<input type="checkbox"/> Cirúrgico	<input type="checkbox"/> Obstétrico

DADOS DO SINISTRO	
Nome do Hospital	Telefone de Contato
<p>EU, ABAIXO ASSINADO, SOLICITO O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO CORRESPONDENTE A ESTE SINISTRO DE <input type="checkbox"/> CHEQUE NOMINAL OU <input type="checkbox"/> CRÉDITO EM MINHA CONTA CORRENTE A SEGUIR IDENTIFICADA, DANDO PLENA QUITAÇÃO APÓS A EFETIVAÇÃO DO CRÉDITO E DO RECEBIMENTO DO DEMONSTRATIVO DOS VALORES PAGOS, COMO TAMBÉM AUTORIZO A SEGURADORA, CONFORME CONSTA NAS CONDIÇÕES GERAIS DA APÓLICE, A CONTATAR OS HOSPITAIS E MÉDICOS QUE ME PRESTARAM ATENDIMENTO PARA OBTER AS INFORMAÇÕES QUE SE FIZEREM NECESSÁRIAS.</p>	
Banco (Número e Nome)	Nº da Conta Corrente
Agência (Número e Nome)	

IMPORTANTE: AO ASSINAR O PRESENTE DOCUMENTO, O SEGURADO DECLARA QUE TODAS AS INFORMAÇÕES NESTE RESPONDIDAS SÃO VERDADEIRAS ESTANDO CIENTE DE QUE NÃO HAVENDO VERACIDADE NAS INFORMAÇÕES ORA PRESTADAS, A SEGURADORA FICARÁ DESOBRIGADA DO PAGAMENTO DE QUALQUER INDENIZAÇÃO.

Local e data: _____ ASSINATURA DO SEGURADO OU REPRESENTANTE

DECLARAÇÕES DO MÉDICO ATENDENTE

PERGUNTAS	RESPOSTAS (CASO SEJA NECESSÁRIO COMPLEMENTAR, UTILIZE O VERSO DO FORMULÁRIO)		
QUAL O DIAGNÓSTICO E A NATUREZA DA ENFERMIDADE OU ACIDENTE ?			
DESCREVA O TRATAMENTO REALIZADO, EM CASO DE CIRURGIA, INDIQUE O TIPO, DATA E HORA DA MESMA.			
QUAL A DATA EM QUE SE MANIFESTARAM OS PRIMEIROS SINTOMAS DA ENFERMIDADE OU QUAL A DATA EM QUE OCORREU O ACIDENTE ?			
EM QUE DATA ATENDEU O PACIENTE PELA PRIMEIRA VEZ COM REFERÊNCIA A ESTA ENFERMIDADE OU ACIDENTE?			
TEM CONHECIMENTO DO PACIENTE TER TIDO ENFERMIDADE SIMILAR NO PASSADO ? DESCREVA.			
NOME DO MÉDICO	CRM	TELEFONE	ASSINATURA

DECLARAÇÕES DO HOSPITAL

DECLARAMOS QUE O PACIENTE ACIMA MENCIONADO PERMENECEU INTERNADO NESTE HOSPITAL NO SEGUINTE PERÍODO:	
DATA DA INTERNAÇÃO: / /	ÀS HORAS
DATA DA ALTA: / /	ÀS HORAS OU <input type="checkbox"/> PERMANECE INTERNADO
CARIMBO DO HOSPITAL	NOME /CARGO DO ASSINANTE