

Formulário

Aviso de Sinistro

Despesas Médicas, Hospitalares e Odontológicas

1) Questionário a ser devidamente preenchido pelo **segurado**

Nome do segurado:			
CPF do segurado:		Data de nascimento: ____ / ____ / ____	
Sexo:		Profissão:	
Endereço:			Nº:
Complemento:	Bairro:	Cidade:	UF:
CEP:	Telefone (com DDD):	E-mail:	
Local de ocorrência do sinistro:			
Data de ocorrência: ____ / ____ / ____		Em serviço: () Sim () Não	
Tipo de acidente: () Trânsito () Doméstico () Trabalho () Outros			
Em caso de acidente automobilístico: () Condutor () Passageiro () Pedestre		Evento registrado por autoridade policial: () Sim () Não	
Foi realizado Exame Necroscópico/Corpo e Delito: () Sim () Não		Foi realizado Exame de Dosagem Alcoólica? () Sim () Não	
Descreva detalhadamente o evento ocorrido, as suas causas e consequências:			
Houve internação hospitalar? () Sim () Não			
Data da internação: ____ / ____ / ____		Data da alta: ____ / ____ / ____	
Nome do hospital:			
Mencione acidentes sofridos anteriormente (indicar as datas e características das lesões):			
ASSUMO INTEIRA RESPONSABILIDADE PELA EXATIDÃO DAS INFORMAÇÕES PRESTADAS NESTE DOCUMENTO.			
AUTORIZO A SABEMI SEGURADORA, OU SEU REPRESENTANTE DEVIDAMENTE AUTORIZADO, A SOLICITAR INFORMAÇÕES EM CLÍNICAS, LABORATÓRIOS, HOSPITAIS OU QUAISQUER OUTRAS ENTIDADES DE SAÚDE, PRIVADAS OU NÃO, QUE TENHAM PRESTADO ASSISTÊNCIA, INCLUSIVE INSTITUTO MÉDICO LEGAL, PROMOVENDO ACESSO A LAUDOS E PRONTUÁRIOS MÉDICOS-HOSPITALARES. TAMBÉM AUTORIZO AOS MÉDICOS QUE ME ASSISTIRAM OU VENHAM A ME ASSISTIR A PRESTAR INFORMAÇÕES SOBRE O MEU ESTADO DE SAÚDE. POR FIM, AUTORIZO A SEGURADORA A PROCEDER PERÍCIA MÉDICA ATRAVÉS DOS SEUS PERITOS MÉDICOS E DISPENSO QUALQUER IMPEDIMENTO LIGADO AO SIGILO PROFISSIONAL.			

Local e Data

Assinatura do segurado ou representante legal
(não é necessário reconhecer assinatura em cartório)