

AVISO DE SINISTRO - PANPROTEGE INCAPACIDADE FISICA TEMPORARIA

1. DADOS DO SEGURADO

NOME DO SEGURADO			CPF
ENDEREÇO			DATA DE NASCIMENTO
BAIRRO	CIDADE	UF	CEP
TELEFONE CELULAR (DDD):	TELEFONE RESIDENCIAL (DDD):		
PROFISSÃO	FAIXA DE RENDA MENSAL <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 5.000,00 <input type="checkbox"/> DE R\$ 5.000,01 A R\$ 10.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00		
QUANDO INICIOU ATIVIDADE COMO AUTÔNOMO:	TIPO DE EVENTO: <input type="checkbox"/> ACIDENTE <input type="checkbox"/> DOENÇA		

2. AUTORIZO A COMUNICAÇÃO ENTRE A PAN SEGUROS E SEGURADO / RECLAMANTE?

<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
() E-MAIL (INFORMAR E-MAIL ABAIXO) () SMS (INFORMAR NÚMERO ABAIXO) () CARTA FÍSICA () NENHUMA DAS OPÇÕES
EMAIL:
TELEFONE CELULAR (DDD): TELEFONE RESIDENCIAL (DDD):

3. Estou ciente de que o presente documento não implica no prévio reconhecimento por parte da Seguradora quanto ao direito em receber qualquer indenização, a qual fica condicionada à análise da cobertura e condições do seguro contratado. Ao assinar o presente termo, declaro para os devidos fins e efeitos, que as informações prestadas são verdadeiras e completas, declaro ainda estar ciente que caso seja constatada qualquer omissão, inexatidão e / ou irregularidade nas informações aqui apresentadas, que contrariem o disposto nas Condições Gerais e Especiais do Seguro, bem como na Legislação Civil, perderei o direito à indenização do seguro. Com a efetivação do crédito e o consequente pagamento da indenização de acordo com o contrato de seguro, outorgo à Pan Seguros S/A, livre de qualquer coação ou pressão, a mais ampla, plena, geral, irrevogável e irretroatável quitação para nada mais reclamar, seja a que título for, em Juízo ou fora dele.

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO SEGURADO OU REPRESENTANTE LEGAL

PARA PREENCHIMENTO DO MÉDICO DO SEGURADO

4. RELATÓRIO MÉDICO

DESDE QUANDO É MÉDICO DO SEGURADO?	QUAL A DATA DA 1ª AVALIAÇÃO MÉDICA REFERENTE AO PROBLEMA ATUAL?	QUAL A DATA DO INÍCIO DA INCAPACIDADE TEMPORÁRIA?
QUAL A QUEIXA PRINCIPAL, TEMPO DE DURAÇÃO, DIAGNÓSTICO (INFORMAR CID) E CAUSA?		
QUAL O TRATAMENTO INSTITUÍDO? DESCREVER A PROGRAMAÇÃO TERAPÊUTICA.		
QUAIS OS EXAMES REALIZADOS QUE AUXILIARAM O DIAGNÓSTICO?		
O QUADRO CLÍNICO É PARCIAL OU TOTALMENTE INCAPACITANTE PARA AS ATIVIDADES LABORATIVAS HABITUAIS? DESCREVA AS LIMITAÇÕES FUNCIONAIS QUE GERARAM A INCAPACIDADE INICIAL E O QUADRO CLÍNICO ATUAL.		
QUAL A PREVISÃO DE AFASTAMENTO?	QUAL A DATA PREVISTA PARA REAVALIAÇÃO MÉDICA?	O AFASTAMENTO É TEMPORÁRIO OU DEFINITIVO? <input type="checkbox"/> TEMPORÁRIO <input type="checkbox"/> DEFINITIVO

5. DADOS DO MÉDICO RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO

NOME LEGÍVEL		CRM		
ESPECIALIDADE	ENDEREÇO COMERCIAL			
CIDADE	UF	CEP	TELEFONE	
E-MAIL				

PREZADO (A) MÉDICO (A):

- QUANDO USAR TERMOS TÉCNICOS, COLOCAR ENTRE PARÊNTESES A EXPRESSÃO CORRENTE DO SEU SIGNIFICADO.
- EM CASO DE FALTA DE ESPAÇO COMPLEMENTAR AS INFORMAÇÕES EM FOLHA ANEXA INDICANDO A REFERÊNCIA DO ITEM
- FAVOR DATAR, ASSINAR E CARIMBAR ESTE FORMULÁRIO, AUTORIZANDO O CONTATO DA ASSESSORIA MÉDICA DA SEGURADORA, PARA FINS DE ESCLARECIMENTOS ADICIONAIS SOBRE OS DADOS MÉDICOS REGISTRADOS, CASO NECESSÁRIOS.

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO MÉDICO E CARIMBO COM CRM

DOCUMENTOS A SEREM ANEXADOS A ESTE FORMULÁRIO, PREENCHIDO E ENTREGUE À SEGURADORA

- FORMULÁRIO DE AVISO DE SINISTRO DEVIDAMENTE PREENCHIDO E ASSINADO PELO SEGURADO OU REPRESENTANTE LEGAL
- CÓPIA SIMPLES DO RG OU CNH DO SEGURADO
- CÓPIA SIMPLES DO CPF OU CNH DO SEGURADO
- CÓPIA SIMPLES DO COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA ATUALIZADO EMITIDO NOS ÚLTIMOS 03 MESES DO SEGURADO
- DOCUMENTO QUE COMPROVE ATIVIDADE COMO TRABALHADOR AUTÔNOMO/PROFISSIONAL LIBERAL (CONTRA CHEQUE/DECLARAÇÃO IRPF/ RECIBOS DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS, CÓPIA DA GUIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL – GRPS DOS 3 MESES ANTERIORES AO SINISTRO (CARNÊ INSS)
- RELATÓRIO MÉDICO DETALHANDO: DATA DO ATENDIMENTO, DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO APLICADO E TEMPO ESTIMADO DO AFASTAMENTO
- LAUDO DOS EXAMES REALIZADOS QUE COMPROVEM A INCAPACIDADE FÍSICA TOTAL TEMPORÁRIA / AFASTAMENTO.
- BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL (QUANDO TRATAR-SE DE ACIDENTE)
- CÓPIA SIMPLES DA CNH, EM CASO DO VEÍCULO DIRIGIDO PELO SEGURADO

NOTA

- a) A ENTREGA DE TODA A DOCUMENTAÇÃO AGILIZA A ANÁLISE DO PROCESSO
- b) CASO HAJA NECESSIDADE, DOCUMENTOS ADICIONAIS PODERÃO SER SOLICITADOS PELA SEGURADORA
- c) SE O SEGURADO NÃO POSSUIR CONTA EM SEU NOME, É PRECISO PREENCHIMENTO DE TERMO PARA AUTORIZAÇÃO DE CREDITO EM CONTA DE TERCEIROS (DOCUMENTO DISPONÍVEL NO SITE (WWW.PANSEGUROS.COM.BR))
- d) INFORMAMOS QUE O PRAZO DE ANÁLISE SÃO DE 30 DIAS A CONTAR DO RECEBIMENTO DAS DOCUMENTAÇÕES ACIMA CITADAS.

Fale com a PAN Seguros

Central de Atendimento	Serviço de Atendimento ao Consumidor	Atendimento a Deficientes Auditivos e/ou com dificuldade de Fala	Ouvidoria
Para consultas e informações sobre apólices e sinistros: 0800-775-9191 2ª a 6ª feira, das 8h às 20h e aos sábados, das 8h às 14h.	Para reclamações, cancelamentos, sugestões, elogios e informações gerais sobre produtos ou serviços: 0800 776 2252 Diariamente, 24hs	0800 776 2253 Diariamente, 24hs	Se não ficar satisfeito com a solução apresentada pelo SAC, com o número do protocolo em mãos, contate a Ouvidoria: 0800 776 2254 2ª a 6ª feira, das 9h às 18h.

PAN SEGUROS S.A.