

AVISO DE SINISTRO- PANPROTEGE INVALIDEZ

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 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			
QUAL O MOTIVO ? <input type="checkbox"/> INVALIDEZ POR ACIDENTE	DATA DA OCORRÊNCIA:			

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

EM CASO DE ACIDENTE:

4. RELATÓRIO MÉDICO

INFORMAR A DATA E LOCAL DO 1º ATENDIMENTO MÉDICO / HOSPITALAR.	QUAL O DIAGNÓSTICO, TRATAMENTOS REALIZADOS, EVOLUÇÃO E INTERCORRÊNCIAS ATÉ O MOMENTO?
DESCRIÇÃO DA LESÃO EM DETALHES.	
HOUE ALTA MÉDICA DEFINITIVA? INFORME A DATA DA ALTA MÉDICA DEFINITIVA. <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO _____ / _____ / _____	
QUAL O PERCENTUAL APURADO FRENTE ÀS SEQUELAS APRESENTADAS? INFORMAR, AINDA, SE EXISTIAM SEQUELAS ANTERIORES?	

DADOS DO MÉDICO RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO

NOME LEGÍVEL		CRM	
ESPECIALIDADE	6.4. 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 SEGURADO OU REPRESENTANTE LEGAL

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

DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS:

- FORMULÁRIO DE AVISO DE SINISTRO DEVIDAMENTE PREENCHIDO E ASSINADO PELO SEGURADO OU REPRESENTANTE LEGAL, E MÉDICO COM CARIMBO E CRM
- 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
- RELATÓRIO MÉDICO ATUALIZADO, INFORMANDO O ESTADO CLÍNICO DO SEGURADO, DATA DA ALTA MÉDICA DEFINITIVA E GRAU DAS SEQUELAS DEIXADAS PELO ACIDENTE.
- LAUDO DOS EXAMES REALIZADOS
- CÓPIA DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL
- CÓPIA DA CNH, EM CASO DE ACIDENTE COM VEÍCULO DIRIGIDO PELO SEGURADO
- CÓPIA DO LAUDO DO EXAME TOXICOLÓGICO E DE TEOR ALCOÓLICO, QUANDO REALIZADO

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 DISPONIVEL 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.