

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____ inscrita no CPF nº _____
 e RG nº _____, residente à _____,
 bairro _____, na cidade de _____, na qualidade de
 beneficiário (a) e responsável legal do (a) sr. (a) _____,
 autorizo para instruir o processo de regulação de sinistro de vida, que os médicos, hospitais, clínicas,
 postos de saúde, laboratórios, INSS e convênio de saúde, prestem todas as informações, fornecendo
 relatórios médicos, cópias de prontuários, cópias e laudos de exames solicitados pela área médica ou
 representante desta seguradora, de acordo com os artigos 73 e 77 do capítulo IX do Código de Ética
 Médica.

_____, _____ de _____ de 20____.

(ASSINATURA COM FIRMA RECONHECIDA DO DECLARANTE)

 Canais de Relacionamento	Central de Atendimento	SAC	Atendimento Deficiente Auditivo e de Fala	Ouvidoria
	Para consultas e informações sobre apólices e sinistros: 0800 775 9191 2ª à 6ª feira, das 8h às 20h (exceto feriados)	Para reclamações, cancelamentos, sugestões, elogios e informações gerais sobre produtos ou serviços: 0800 776 2252 Diariamente, 24h	0800 776 2253 Diariamente, 24h	Caso não esteja satisfeito com a solução: 0800 776 2254 2ª a 6ª feira, das 9h às 18h.