

1. DADOS DO SEGURADO

NOME DO SEGURADO			CPF	
ENDEREÇO				DATA DE NASCIMENTO
BAIRRO	CIDADE	UF	CEP	
PROFISSÃO	FAIXA DE RENDA MENSAL <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 5.000,00 <input type="checkbox"/> DE R\$ 5.000,00 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		
DADOS PARA CONTATO				
TELEFONE (com DDD):		WHATSAPP/SMS (com DDD):		
E-MAIL:				

AUTORIZO A SEGURADORA A ENTRAR EM CONTATO PELOS MEIOS DE COMUNICAÇÃO (E-MAIL/SMS/WHATSAPP/CARTA FÍSICA/TELEFONE), INDICADOS ACIMA, PARA INFORMAÇÕES REFERENTE AO ANDAMENTO DA ANÁLISE OU PARA SOLICITAÇÃO DE DOCUMENTOS/INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

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 TOO SEGUROS S/A, LIVRE DE QUALQUER COAÇÃO OU PRESSÃO, A MAIS AMPLA, PLENA, GERAL, IRREVOGÁVEL E IRRETRATÁVEL 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

2. 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 (NFORMAR 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

3. 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

4. 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
- CÓPIA SIMPLES DO 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
- CÓPIA SIMPLES DO LAUDO DOS EXAMES REALIZADOS QUE COMPROVEM A INCAPACIDADE FÍSICA TOTAL TEMPORÁRIA/AFASTAMENTO
- CÓPIA SIMPLES DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL (QUANDO TRATAR-SE DE ACIDENTES)
- 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) INFORMAMOS QUE O PRAZO DE ANÁLISE SÃO DE 30 DIAS A CONTAR DO RECEBIMENTO DAS DOCUMENTAÇÕES ACIMA CITADAS.

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