

SOLICITAÇÃO DE INDENIZAÇÃO

SEGURO CIRURGIA



Nº Contrato	Data da internação	Hora	Data do recebimento
Segurado Hospitalizado	CPF		Telefone contato

DECLARAÇÕES DO SEGURADO:

Titular:

Causas. Motivo da Hospitalização

Acidente Enfermidade Parto

Conseqüências. Tratamento realizado

Clínico Cirúrgico Obstetrício

DADOS DO SINISTRO:

Nome do Hospital:	Telefone de contato:	
EU, ABAIXO ASSINADO, SOLICITO O PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO CORRESPONDENTE A ESTE SINISTRO DE () CHEQUE NOMINAL OU () CRÉDITO EM MINHA CONTA CORRENTE A SEGUIR IDENTIFICADA, DANDO PLENA QUITAÇÃO APÓS EFETIVAÇÃO DO CRÉDITO E DO RECEBIMENTO DO DEMONSTRATIVO DOS VALORES PAGOS, COMO TAMBÉM AUTORIZO A SEGURADORA, CONFORME CONSTA NAS INFORMAÇÕES QUE SE FIZEREM NECESSÁRIAS.		
Banco (Nº e nome)	Agência (Nº e nome)	Nº da conta corrente

IMPORTANTE: Ao assinar o presente documento, o segurado declara que todas as informações neste respondidas são verdadeiras estando ciente de que não havendo veracidade nas informações ora prestadas, a Seguradora ficará desobrigada do pagamento de qualquer indenização.

Local e data

Assinatura do Segurado ou representante

DECLARAÇÕES DO MÉDICO ATENDENTE

PERGUNTAS	RESPOSTAS (caso seja necessário complementar, utilize o verso do formulário)		
QUAL O DIAGNÓSTICO E A NATUREZA DA ENFERMIDADE OU ACIDENTE?			
DESCREVA O TRATAMENTO REALIZADO, EM CASO DE CIRURGIA, INDIQUE O TIPO, DATA E HORA DA MESMA			
QUAL A DATA EM QUE SE MANIFESTARAM OS PRIMEIROS SINTOMAS DA ENFERMIDADE OU QUAL A DATA EM QUE OCORREU O ACIDENTE?			
EM QUE DATA ATENDEU O PACIENTE PELA PRIMEIRA VEZ COM REFERÊNCIA A ESTA ENFERMIDADE OU ACIDENTE?			
TEM CONHECIMENTO DO PACIENTE TER TIDO ENFERMIDADE SIMILAR NO PASSADO? DESCREVA.			
NOME DO MÉDICO	CRM	TELEFONE	ASSINATURA

DECLARAÇÕES DO HOSPITAL

DECLARAMOS QUE O PACIENTE ACIMA MENCIONADO PERMANECEU INTERNADO NESTE HOSPITAL NO SEGUINTE PERÍODO:	
DATA DA INTERNAÇÃO:/..... ÀSHORAS	
DATA DA ALTA...../..... ÀSHORAS	
CARIMBO DO HOSPITAL	NOME E CARGO DO ASSINANTE