

FORMULÁRIO DE SINISTRO VIDA

DESPESAS MÉDICAS E ODONTOLÓGICAS

NOME DO SEGURADO (A):			
CPF:	RG:	DATA DE NASC:	
ENDEREÇO:			CEP:
BAIRRO:		CIDADE / ESTADO:	
E-MAIL:		TELEFONE: ()	

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO

TIPO DE CONTA: <input type="checkbox"/> CORRENTE <input type="checkbox"/> POUPANÇA (BANCO DO BRASIL, SANTANDER, BANRISUL, BRADESCO, CAIXA ECONÔMICA, OU ITAÚ)		
NOME DO BENEFICIÁRIO:		CPF/CNPJ DO BENEFICIÁRIO:
NOME E NÚMERO DO BANCO	NÚMERO DA AGÊNCIA:	NÚMERO DA CONTA E DÍGITO:

O RECIBO DO DEPÓSITO EMITIDO PELO BANCO DEPOSITÁRIO SERVIRÁ COMO COMPROVANTE DE PAGAMENTO E TERMO DE QUITAÇÃO AMPLA, GERAL, E IRREVOGÁVEL, PELA OBRIGAÇÃO SECURITÁRIA CUMPRIDA COM O PRESENTE PAGAMENTO, PARA MAIS NADA RECLAMAR A QUALQUER TEMPO, RELATIVAMENTE AO SERVIÇO INDENIZADO, A QUALQUER TÍTULO EM JUÍZO OU FOR A DELE.

DADOS DO SINISTRO

DATA DO ACIDENTE: / /	LOCAL DO ACIDENTE:	HORA DO ACIDENTE:
ACIDENTE DE TRABALHO: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		REGISTRO POLICIAL: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
ESTEVE AFASTADO DO SERVIÇO NOS ÚLTIMOS 03 (TRÊS) ANOS? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM - SE POSITIVO INDICAR O PERÍODO E O MOTIVO.	POSSUI SEGURO EM OUTRAS SEGURADORAS? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM - SE POSITIVO ESPECIFIQUE QUAIS	

DESCREVER A OCORRÊNCIA E OS MEMBROS OU ORGÃOS DO CORPO ATINGIDO:

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS E EFEITOS, QUE AS INFORMAÇÕES AQUI PRESTADAS SÃO VERDADEIRAS E COMPLETAS, CASO SEJA CONSTADA QUALQUER OMISSÃO, INEXATIDÃO E / OU IRREGULARIDADE NAS INFORMAÇÕES AQUI APRESENTADAS, PERDEREI O DIREITO A INDENIZAÇÃO. AUTORIZO A LIBERTY SEGUROS ATRAVÉS DE SEUS REPRESENTANTES / PRESTADORES, A EFETUAR QUAISQUER LEVANTAMENTOS NECESSÁRIOS, INCLUSIVE CÓPIA DE EXAMES, RELATÓRIOS E/OU DECLARAÇÃO MÉDICA, PRONTUÁRIOS E OUTROS DOCUMENTOS MÉDICOS, JUNTO A HOSPITAIS, CLÍNICAS, CONSULTÓRIOS E EMPRESAS DE SEGURO SAÚDE/CONVÊNIO MÉDICO.

LOCAL E DATA	ASSINATURA DO SEGURADO COM FIRMA RECONHECIDA
---------------------	---

Nosso ministério é *proteger* o seu ministério.

RELATÓRIO MÉDICO

DESPESAS MÉDICAS E ODONTOLÓGICAS

NOME DO SEGURADO		
RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE		
DATA E HORA DO ACIDENTE:	LOCAL DO ACIDENTE:	DATA DO PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO:
QUAIS AS CONDIÇÕES DE INTEGRIDADE FISIOLÓGICA E ANATÔMICA DO SEGURADO? INDICAR OS VESTÍGIOS DE LESÕES, DOENÇAS E ENFERMIDADES.		
AS LESÕES CONSTATADAS SÃO DIRETAMENTE CONSEQUENTE DE CAUSA TRAUMÁTICA? EM CASO NEGATIVO, QUAL A CAUSA?		
O PACIENTE APRESENTA QUALQUER DEFEITO, LIMITAÇÃO FUNCIONAL OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE AO ACIDENTE ATUAL? DESCREVA QUAIS E INFORME A DATA DO OCORRIDO/DIAGNÓSTICO.		
ESTE DEFEITO, LIMITAÇÃO OU DOENÇA, PODE AGRAVAR OU VIR A AUMENTAR AS CONSEQUÊNCIAS DO ACIDENTE? ESCLAREÇA		
HOUE REDUÇÃO FUNCIONAL PERMANENTE DECORRENTE DO ACIDENTE? SE POSITIVO, INDICAR A PERDA EM PERCENTUAL (%)		
DESCREVA OS TRATAMENTOS INSTITUIDOS, CLÍNICO E/OU CIRÚRGICO E SUAS DATAS.		
O SEGURADO ENCONTRA-SE COM O QUADRO CLÍNICO ESTABILIZADO? <input type="checkbox"/> NÃO, AINDA EM TRATAMENTO MÉDICO <input type="checkbox"/> SIM, ALTA MÉDICA DEFINITIVA EM / /		
O PACIENTE ESTEVE OU ESTÁ NO GOZO DO BENEFÍCIO DE AUXÍLIO-DOENÇA JUNTO AO INSTITUTO PREVIDENCIÁRIO OFICIAL? <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM ATÉ / / <input type="checkbox"/> APOSENTADO POR DOENÇA DESDE / /		
NOME DO MÉDICO:	CRM:	
ESPECIALIDADE:	TELEFONE: ()	
ENDEREÇO DO CONSULTÓRIO:		
BAIRRO:	CIDADE/ESTADO:	CEP:
LOCAL E DATA	ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO	

Nosso ministério é *proteger* o seu ministério.