

Preenchimento exclusivo: seguro pessoa jurídica

ESTIPULANTE/EMPRESA

DATA DE ADMISSÃO

Dados do Segurado

NOME DO SEGURADO

APÓLICE/CERTIFICADO

DATA DE NASCIMENTO

IDADE

CPF

PROFISSÃO

ENDEREÇO

COMPLEMENTO

BAIRRO

CIDADE

UF

CEP

DDD E TELEFONE

RECADO

DDD E CELULAR

E-MAIL

MENCIONE OUTRAS SEGURADORAS COM AS QUAIS POSSUI SEGURO E QUAL O SEGURO

Dados para Contato

NOME COMPLETO

CPF

COMO DESEJA ACOMPANHAR O STATUS DO SINISTRO?

 E-MAIL

INFORME SEU E-MAIL:

 SMS

INFORME SEU TELEFONE COM DDD:

 TELEFONE

INFORME SEU TELEFONE COM DDD:

Histórico Médico

- 1) Esta declaração deverá ser preenchida e assinada pelo médico que tratou do Segurado na sua última enfermidade.
- 2) Para a devida regulação do sinistro, o médico declarante deve responder completamente a todos os quesitos.
- 3) Evitar o uso de termos vagos, como “lesão do coração”, “debilidade geral” e semelhantes, exceto se seguidos de explicação detalhada.
- 4) Caso os espaços destinados às respostas não sejam suficientes, utilizar o campo destinado às “observações adicionais”.
- 5) Caso o médico assistente se recuse a preencher este documento, substituí-lo por Relatório Médico com o Histórico das Doenças e Cópia de todos os exames realizados para o tratamento.

DESDE QUANDO FOI SEU MÉDICO?

QUAL MOTIVO?

Histórico Médico

INÍCIO DOS SINTOMAS

QUAIS?

DIAGNÓSTICO DETALHADO DA DOENÇA E CÓDIGO DO C.I.D.

QUANDO E DE QUE FORMA FOI DIAGNOSTICADA A DOENÇA DO SEGURADO?

DOENÇAS SECUNDÁRIAS

DATA DO DIAGNÓSTICO

QUE EXAMES FORAM REALIZADOS PARA ESCLARECIMENTOS DO DIAGNÓSTICO? MENCIONAR DATAS E RESULTADOS.

O PACIENTE TINHA CONHECIMENTO DA DOENÇA?

NÃO SIM DESDE: / /

HOUVE INTERNAÇÃO HOSPITALAR? PERÍODO(S)

HOSPITAL(IS)

O PACIENTE ENCONTRA-SE COM O QUADRO CLÍNICO ESTABILIZADO?

NÃO SIM

O QUADRO PODE SE AGRAVAR?

NÃO SIM

EM CASO DE DOENÇAS NEUROLÓGICAS OU PSIQUIÁTRICAS, O SEGURADO TEM CONDIÇÕES DE EXERCER ATOS DA VIDA CIVIL?

NÃO SIM

O SEGURADO PERDEU TOTALMENTE A SUA CAPACIDADE AUTÔNOMA? (HIGIENIZAR-SE, VESTIR-SE, ALIMENTAR-SE, DESLOCAR-SE)

NÃO SIM

EM CASO DE RESPOSTA POSITIVA, EM QUE DATA FORAM ESGOTADOS OS RECURSOS TERAPÊUTICOS E A DOENÇA TORNOU-SE TOTALMENTE INCAPACITANTE?

/ /
DIA MÊS ANO

CASO O SEGURADO AINDA NÃO SE ENCONTRE EM ALTA MÉDICA, QUAL O TEMPO PREVISTO PARA QUE OCORRA A ALTA?

Aviso de Sinistro

Invalidez Funcional Permanente e Total por Doença

Dados Cadastrais / Declarações do Segurado / Estipulante



Histórico Médico

HOUE ATENDIMENTO MÉDICO ANTES DO EVENTO?

DATAS

--	--

NOMES DOS MÉDICOS RESPONSÁVEIS

--

Identificação do Médico Assistente

NOME DO MÉDICO

CRM

--	--

ESPECIALIDADE

ENDEREÇO

--	--

CIDADE

UF

DDD E TELEFONE

E-MAIL

--	--	--	--

OBSERVAÇÕES ADICIONAIS

--

LOCAL: _____ DATA: _____

ASSINATURA E CARIMBO

ESPAÇO DESTINADO AO
RECONHECIMENTO DE FIRMA
(EM CARTÓRIO)

ESTAMOS CONECTADOS 24 HORAS, 7 DIAS POR SEMANA



APLICATIVO
SANTANDER



SANTANDER
.COM.BR



@SANTANDER_BR



SANTANDER BRASIL

Central de Atendimento

Consultas, informações
e transações.

4004 3535

(CAPITAIS E REGIÕES METROPOLITANAS)

0800 702 3535

(DEMAIS LOCALIDADES)

0800 723 5007

(Pessoas com deficiência auditiva e de fala.)

SAC

**Reclamações, cancelamentos
e informações: 0800 762 7777.**

Atende pessoas com deficiência
auditiva e de fala no 0800 771 0401.

OUVIDORIA

**Se não ficar satisfeito com
a solução apresentada:**

0800 726 0322. Disponível
de segunda a sexta-feira,
das 9h às 18h, exceto feriado.
Atende pessoas com deficiência
auditiva e de fala no 0800 771 0301.