



COBERTURA RECLAMADA

<input type="checkbox"/> INCAPACIDADE TEMPORÁRIA	<input type="checkbox"/> INVALIDEZ TOTAL POR ACIDENTE	<input type="checkbox"/> DIH (DIÁRIAS DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR)
<input type="checkbox"/> MORTE NATURAL	<input type="checkbox"/> MORTE ACIDENTAL	<input type="checkbox"/> OUTROS (descrever)

Outros (descrever):

DADOS DO SEGURADO/SINISTRADO

Nome do Segurado				CPF (Obrigatório)			
Nome do Sinistrado							
Situação do Segurado na data do Sinistro				Tipo de Aposentadoria		Data do Requerimento	Data de Conclusão
<input type="checkbox"/> Ativo	<input type="checkbox"/> Aposentado	<input type="checkbox"/> Afastado	<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Idade	<input type="checkbox"/> Tempo de Serviço	<input type="checkbox"/> Invalidez	

DADOS DO RECLAMANTE/BENEFICIÁRIO

Nome			Grau de parentesco com segurado		Telefone para contato	
Celular			Logradouro (Rua, Avenida, etc)			
Complemento		Bairro	Cidade	UF	CEP	
E-Mail (obrigatório)					Telefone para recados	

DADOS DO EVENTO

Data	Hora	Local
Em caso de acidente, foi registrado por Autoridade Policial? Caso positivo anexar cópia do Boletim de Ocorrência		
<input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		

Descrição do Evento

Além deste formulário deve ser preenchido também o Relatório Médico de acordo com a cobertura reclamada, exceto Morte Acidental.

RELATÓRIO MÉDICO (Modo de Atendimento) HABITUAL OCASIONAL URGÊNCIA/EMERGÊNCIA

Diagnóstico detalhado da doença e Código CId

Quando e de que forma foi diagnosticada a doença que vitimou o Segurado?

Quais exames foram realizados para esclarecimento do diagnóstico? Mencionar datas.

O segurado tinha conhecimento da doença que o levou a sua incapacidade/óbito?

 Sim Não**IDENTIFICAÇÃO MÉDICA**

Nome Legível do Médico				CRM
Logradouro (Rua, Avenida, etc)				Telefone
Complemento	Bairro	Cidade	UF	CEP
Assinatura e Carimbo				Data

ENVIAR ESTE FORMULÁRIO E DOCUMENTOS PARA**TERMO DE COMUNICAÇÃO****CAIXA POSTAL 11261-5 CEP 05422-970 - SÃO PAULO - SP**
Dúvidas de documentos necessários acesse o site: www.cardif.com.br

Autorizo a Cardif do Brasil a enviar informações sobre o(s) meu(s) processo(s), para o e-mail indicado (campos dados do reclamante).

Local e Assinatura: