

Dados Cadastrais / Declarações do Segurado / Estipulante					
Estipulante/Empresa				Apólice/Certificado	
Nome do Segurado				CPF	
Data de Nascimento	Idade	Data de Admissão	Profissão	Telefone	
Logradouro (rua, av., etc.)					
Complemento		Bairro		Cidade	UF
CEP	Telefone		Recado	e-mail	
Aposentado? [] Não [] Sim Desde: ____ / ____ / ____			Tipo da Aposentadoria [] Idade [] Tempo de Serviço [] Invalidez		
Mencione outras Seguradoras com as quais possui seguros					
Relatório Médico					
1) Esta declaração deverá ser preenchida e assinada pelo médico que tratou do Segurado na sua última enfermidade.					
2) Para facilitar o pagamento do seguro, o médico declarante deve responder completamente 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 for suficiente, utilizar a parte destinada às "observações adicionais".					
Desde quando foi seu médico?		Qual motivo?			
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?					
Quais exames foram realizados para esclarecimentos do diagnóstico? Mencionar datas e resultados.					
Houve internação hospitalar?	Período(s)		Hospital(is)		
Identificação do Médico Assistente					
Nome do Médico					
Endereço					
Cidade/Estado		DDD e Telefone		e-mail	
Especialidade				CRM	
Observações Adicionais-					
Local e Data _____ Assinatura e Carimbo			Espaço destinado ao reconhecimento de firma (em cartório)		