

Nº da RS (Requisição de Serviço/ Protocolo de Abertura)

DADOS DO SEGURADO

Nome	Nº do CPF	Data de nascimento
Profissão	Detalhe da ocupação	Renda média mensal R\$

DADOS DA APÓLICE

Apólice Nº	Certificado
------------	-------------

Em caso de seguro coletivo, informar os dados abaixo:

Nome do Empregador	Data de Admissão	Ultimo Dia de Trabalho
--------------------	------------------	------------------------

DADOS DO SINISTRO

Data do Sinistro	Hora	Local / Endereço
Descrição da ocorrência		
Possui seguro registrado em outras companhias?		
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Especifique:		

DADOS DO DECLARANTE

Nome	RG	CPF
Grau de Parentesco com o segurado:	E-mail	

DECLARAÇÃO

Na condição de declarante, assumo inteira responsabilidade pela exatidão das informações prestadas acima, e autorizo a quaisquer médicos, hospitais e outras entidades, a quem dispenso da obrigatoriedade do sigilo profissional, a prestar todas as informações que forem solicitadas, acerca de tratamentos médico/ hospitalares prestados ao segurado sinistrado.

Local e data	Assinatura do Declarante
--------------	--------------------------