



PARTICIPAÇÃO DE SINISTRO
SUBSÍDIO DIÁRIO POR
INTERNAMENTO HOSPITALAR



TOMADOR DO SEGURO

NOME	COFRE PREVIDÊNCIA
Nº APÓLICE	15610

NOTAS IMPORTANTES

À Participação de Sinistro deverá anexar a Nota de Internamento com indicação do dia e hora do Internamento, causa do internamento e dia de alta.

O COFRE de Previdência enviará a Participação de Sinistro para processamento, com reembolso direto para NIB/IBAN indicado por si . Obrigado por nos confiar a sua saúde!

PESSOA SEGURA

Nome:				Nº Sócio	
Idade		NIF		Telefone para contato	
NIB para transferência bancária					

DADOS DO SINISTRO

Doença Acidente Pessoal

Descrição detalhada _____

Unidade hospitalar que prestou assistência _____

Período de Hospitalização (1) Data de Início / / Data Termo / / /

(1) Obrigatório anexar declaração da entidade hospitalar que comprove o período da hospitalização e nota de alta ou relatório médico com indicação do ICD9.

DECLARAÇÃO E ASSINATURA

É do meu conhecimento que as declarações falsas ou inexatas, mesmo quando o preenchimento deste impresso for por interposta pessoa, desobriguem a VICTORIA do pagamento de qualquer indemnização.

Localidade, _____, _____ de _____ de 20 _____

Assinatura do Tomador do Seguro _____

Assinatura da Pessoa Segura _____

WEBDOC/VSIPR_06.15