

**Relação de documentos para cobertura de Despesa Médica Hospitalar e Odontológica**

**Aviso de Sinistro** devidamente preenchido (modelo anexo);

- Cópia da **carteirinha** do escoteiro;
- **Relatório Médico/Receitas Médicas** – De atendimento do médico assistente informando o histórico clínico, detalhando a natureza da lesão e o tratamento prescrito;
- Cópia do **RG/CPF do sinistrado** (a);
- Cópia do **RG/CPF do responsável** caso o sinistrado seja menor de idade;
- Cópia do **RG/CPF do pagante** das notas fiscais;
- Cópia do **comprovante de endereço** nominal do sinistrado (a) (Caso o mesmo seja menor de idade preencher enviar o comprovante de residência autenticado do responsável juntamente a **declaração de residência** conforme modelo anexo \*Caso menor de idade, o responsável deverá assinar pelo mesmo);
- **Nota(s) fiscal(is)** e/ou recibo(s) original(is) das despesas médicas;
- **Autorização de crédito** preenchida pelo segurado (a) e/ou sinistrado (a) - (modelo anexo);
- **Comprovante dos dados bancários** (Documento que apresente o Banco, Agencia e numero da conta).

**Caso o sinistro seja decorrente de acidente automobilístico também encaminhar:**

Cópia autenticada do boletim de ocorrência (se realizado);

- Cópia autenticada do laudo do IML – Instituto Médico Legal (se realizado);
- Cópia do resultado dos exames de alcoolemia/toxicológico (se realizados);
- Cópia autenticada da CNH do segurado (se for acidente automobilístico e se o segurado for o condutor);

\*No formulário de aviso de sinistro não há necessidade de preencher as abas com **Informações da Apólice**.

**OBS: APÓS A JUNÇÃO DE TODA DOCUMENTAÇÃO, FAVOR ENVIAR OS MESMOS FISICAMENTE PARA O ENDEREÇO DE MINHA ASSINATURA ABAIXO.**

**Av. Cândido de Abreu, 470 sala 2601 – Ed. Neo Business – Centro Cívico – Curitiba-PR – 80.530-000**